

名古屋掖済会病院
FAX 検査予約連絡票
診療情報提供書 **MRI**

所在地
医療機関名
医師氏名
T E L
F A X

記載日 年 月 日

フリガナ	旧姓	生年月日 大・昭・平・令
氏名 (男・女)		年 月 日 (歳)
〒		固定電話 () -
住所		携帯電話 () -

検査希望日時

☐ 第1希望	年 月 日 AM・PM・どちらでも
☐ 第2希望	年 月 日 AM・PM・どちらでも
☐ 第3希望	年 月 日 AM・PM・どちらでも
☐ 希望日なし	☐ 曜日のみ希望 月・火・水・木・金

検査項目

頭(脳)

- ☐ 頭部 (ルーチンA ^{MRI}_{MRA})
☐ 頭部 MRA
☐ 小脳・脳幹

頭(他)

- ☐ 下垂体
☐ 眼窩
☐ 上顎・下顎

頸部

- ☐ 咽頭
☐ 喉頭
☐ 甲状腺

体幹

- ☐ 縦隔
☐ 肺野
☐ M R C P
☐ 上腹部
☐ 肝臓
☐ 脾臓
☐ 腎臓

脊椎

- ☐ 頸椎
☐ 胸椎
☐ 腰椎
☐ 仙椎

四肢 (左・右)

- ☐ 肩関節 ☐ 上腕
☐ 肘関節 ☐ 前腕
☐ 手関節 ☐ 手部
☐ 大腿 ☐ 下腿
☐ 膝関節 ☐ 足関節
☐ 足部

骨盤

- ☐ 骨盤
☐ 婦人科骨盤
☐ 泌尿器科骨盤
☐ 股関節

☐ 軟部腫瘍

部位:

☐ MRアンギオ (頭部以外)

部位:

確認事項 (必須)

ペースメーカー利用 (有・無)

↓
循環器内科へご紹介をお願いします。

体内金属・機器・人工物 (有・無)

- ↓
☐ 脳動脈瘤クリップ
☐ 血管内ステント・コイル
☐ 人工内耳
☐ 脊髄刺激装置
☐ 埋め込み型除細動器
☐ 骨折内固定材
☐ 髄内釘
☐ 鋼線・ネジ・ステーブル・プレート
☐ 補聴器
☐ 刺青・タトゥ
☐ 入れ歯 (インプラント)
☐ 妊娠
☐ 避妊リング
☐ 気管支喘息
☐ 胃腸吻合カートリッジクレンメ
☐ 血糖モニタ (リブレ Pro 等)
☐ その他 ()

種類、時期等あれば下記へお願いします

診断名・症状・治療経過など

☐ 別紙、診療情報提供書参照

医師氏名

※ FAX 検査予約連絡票 (こちらの紙) を検査の **2 営業日前** までに FAX 送信下さい。
※ 予約受付後「検査予約票」「予約票」を FAX いたしますので、患者様にお渡しください。
※ 平日 16 時 50 分以降および土日祝日にお申し込みの場合、翌営業日に返信させていただきます。

名古屋掖済会病院 地域医療支援センター
TEL:052-652-7954

FAX:052-652-7953