


# MRI検査：検査申込書 兼 診療情報提供書

|  |  |   |                       |
|--|--|---|-----------------------|
|  <p>〒136-0071 東京都江東区亀戸9-13-1<br/>独立行政法人 地域医療機能推進機構<br/>東京城東病院<br/>地域医療連携室 宛<br/>TEL : 03-3637-2589 (直通連絡先)<br/>FAX : 03-3637-6916<br/>受付 : 平日 午前 8 : 30 ~ 午後 5 : 15</p> |  | 依頼医療機関<br><br>医師名<br><br>TEL :<br>FAX :<br>※ 検査担当より、確認等の目的でご連絡させて頂く場合がございます |                       |
| ふりがな   |  | 男<br>・<br>女   |                       |
| 患者氏名   | 様  | 生年月日  | 明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳 ) |
| 〒<br>住 所   |  | 電話番号 : _____  |                       |
| 検査日  | 月 日 曜日 ( <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分 )   |   |                       |
| 検査   | <input type="checkbox"/> 単純MRI検査   |   |                       |
| 検査部位   | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 |   |                       |
|  | ・「部位」や「左・右」等の詳細は「検査目的」欄への記載をお願い致します  |   |                       |
| 医療機器・体内金属  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 詳細 : _____ ) <input type="checkbox"/> 不明   |   |                       |
|  | ・ 持続血糖測定装置、心臓ペースメーカー、磁性インプラント、人工内耳 等   |   |                       |
| その他の留意事項<br>※アレルギーの有無 等  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : _____  |   |                       |
| 検査目的   |  |   |                       |
| 症状・臨床所見  |  |   |                       |
| 既往歴・その他  |  |   |                       |
| 読影レポートの有無  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有  |   |                       |
| 画像情報の提供  | <input type="checkbox"/> 当日 : 患者様ご本人等への手渡し <input type="checkbox"/> 後日 : 郵送  |   |                       |
|  | ・ お渡しはCD/DVD形式となります (フィルム出力には対応していません)<br>・ いずれの場合も読影レポートは後日郵送となります (目安 : 一週間)   |   |                       |
| ○ ご紹介ありがとうございました   |  |   |                       |
| 検査当日、患者様には以下をご持参の上、ご来院くださいますようお願いいたします。<br><input type="checkbox"/> 当院送付の書類一式 : 検査予約票 等<br><input type="checkbox"/> 保険証 (あれば当院診察券)<br><input type="checkbox"/> 各種受給者証  |  |   |                       |