

MRI検査申込書

記入日 年 月 日

紹介元医療機関名

所在地 〒

TEL

FAX

医師名

検査予約日時 平成 年 月 日() 午前・午後 時 分

ふりがな
患者氏名

来院時間 午前・午後 時 分

生年 明治・大正
月日 昭和・平成

年 月 日

男・女

連絡先(電話)

住所 〒

大聖病院にかかったことが (ある・ない)

検査部位の□に✓してください		造影剤	不要・要(問診票の記入をお願いします)	体重 Kg	
頭部	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRI+MRA <input type="checkbox"/> 下垂体	胸部	<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 肝・胆・膵・脾 <input type="checkbox"/> 腎臓・副腎 <input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱
頸部	<input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 耳下腺・顎下腺	脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 肩関節(R・L) <input type="checkbox"/> 肘関節(R・L) <input type="checkbox"/> 手関節(R・L) <input type="checkbox"/> 股関節(R・L) <input type="checkbox"/> 膝関節(R・L) <input type="checkbox"/> 足関節(R・L)	<input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 胸部大動脈 <input type="checkbox"/> 腹部大動脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈
その他					

検査目的、主訴、病歴要約、検査所見など具体的に記入してください