

FAX : 0463 - 81 - 1785

MRI検査依頼書

年 月 日

ふりがな 患者氏名 様 生年月日 年 月 日 性別 男・女 検査希望日 <input type="checkbox"/> 直近の検査可能日の対応 <input type="checkbox"/> 第一希望 月 日(時 分) <input type="checkbox"/> 第二希望 月 日(時 分)	依頼 医療機関名 住所 電話番号 FAX番号 医師氏名
検査方法 <input type="checkbox"/> 単純	●絶対禁忌(☑有の場合、検査はできません) 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 植込み型除細動器 (ICD・CRT-D) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 心臓人工弁 (1970年以前) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 神経刺激装置 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 人工内耳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回転式義眼 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 脳動脈瘤クリップ (2003年以前) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
検査部位 (左・右) (左・右) <input type="checkbox"/> 頭部 () <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 肝単純 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤	●確認項目 内視鏡止血クリップ(2週間以内) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 体内バルーン・ステント <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 埋込型ループ式心電計 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 水頭症等圧可変式バルブシャント <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 整形外科的金属類の挿入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 刺青 (タトゥー) ・アートメイク <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 インスリンポンプ・持続血糖モニタ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
傷病名	
臨床診断 主症状、主検査所見	

※ 16時以降、土・日・祝日・GW・年末年始のFAX受付分は、翌日速やかにお返事いたします

検査申込手順

- この依頼書をFAXで送信して下さい (電話でも構いません)
- 当院で検査日を調整し、検査日の連絡をいたします (予約票をFAXいたします)
- 来院する際、「MRI検査依頼書」「予約票」「健康保険証(マイナンバーカード)」を
①初診受付へ、患者様にお持ち頂きます様ご案内ください

独立行政法人 国立病院機構 神奈川病院 地域医療連携室

受付時間 : 月曜日～金曜日 8時30分～16時00分 (祝日・GW・年末年始を除く)
 住所 : 〒257-8585 神奈川県秦野市落合666-1
 TEL : 0463-81-1784
 FAX : 0463-81-1785