

① フリガナ
患者氏名 (男・女)

生年月日 明治 大正 年 月 日(歳)
昭和 平成

住所

Tel

② 紹介元医療機関名

電話番号

FAX番号

医師氏名

③ 【検査区分】
MRI CT
検査セット
(※④⑤不要)

④ 【検査前の確認事項】 有の場合、検査ができない場合があります(応相談)

MRI	●体内埋込型医療機器(ペースメーカー等)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	●人工内耳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	●脳動脈クリップなどの体内クリップ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
共通	●その他の体内金属	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	●妊娠初期 3ヶ月以内もしくは妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
CT	●心臓ペースメーカー(メトロニック社製)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	●体内埋込型除細動器(全メーカー)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

⑤ 【検査部位】()は○をつけて下さい

頭 部 (脳・脳動脈・下垂体・内耳)

頸 部 (頸動脈・咽頭喉頭・甲状腺)

脊 椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)

胸 部 (肺・縦隔・乳房)

心 臓 ※造影のみ

腹 部 (肝・胆・膵・腎)

骨 盤 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺)

大血管 (胸・腹・骨盤・上肢・下肢)

肩関節 (ひだり・みぎ)

手関節 (ひだり・みぎ)

股関節

膝関節 (ひだり・みぎ)

足関節 (ひだり・みぎ)

上肢 下肢 (上腕・肘・前腕・大腿・下腿)

その他 ()

⑥ 【検査セット】

心臓機能 (心臓エコー)
(1割負担: 880円、3割負担: 2640円)

骨粗鬆症 (骨塩定量)
(1割負担: 450円、3割負担: 1350円)

【疾患名又は臨床診断・検査目的】

診断名:

症状の経過(治療経過および検査結果)

検査予約希望日時

指定あり
(1週間以内 2週間以内 1ヶ月以内)
※都合が悪い日時(月 日、 月 日)

指定なし(午前 午後)

⑦ 当院医師から患者様への
検査結果説明

要 不要

⑧ 画像・レポートについて

CD-R : 郵送 患者様持ち帰り

レポート : 郵送 FAX 患者様持ち帰り