

MRI 検査依頼票

(紹介先) 医療法人社団 裕健会
神田クリニック／画像診断センター
千代田区内神田2-4-1
TEL 03-3252-0506

フリガナ	
氏名	

撮影予約日時
年 月 日 午前・午後 時 分

生年月日 年 月 日 () 才	医療機関名 (紹介元)
性別 男 ・ 女 体重 kg	先生
連絡先 () 自・勤・携	連絡先TEL () 内線 ()
	連絡先FAX ()

検査部位 (該当部位を○で囲って下さい。)					
頭部	体幹部	脊椎 (髄)	関節	四肢節	血管
01. 頭部	04. 心臓	08. 全脊椎	12. 股関節	18. 上肢筋	20. 頸部血管
02. 顎関節	05. 肺・縦隔	09. 頸椎	13. 肩関節(右, 左)	19. 下肢筋	21. 胸部血管
03. 頭頸部	06. 腹部	10. 胸椎	14. 肘関節(右, 左)		22. 腹部血管
	07. 骨盤	11. 腰椎	15. 手関節(右, 左)		23. 下肢動脈
			16. 膝関節(右, 左)		
			17. 足関節(右, 左)		

読影レポート (希望 ・ 不要) * 必須事項	造影 (希望 ・ 不要) * 造影検査は共同利用できません。
----------------------------	-----------------------------------

MRIチェックリスト(全員必須)	臨床診断名
心臓ペースメーカー 1. 有 2. 無	
体内金属 1. 有 2. 無	
手術歴のある方(種類)	
手術時の金属類 1. 有 2. 無 (材質)	臨床経過および関連検査所見
閉所恐怖症 1. 有 2. 無	
妊娠中(女性のみ) 1. 有 2. 無	
造影剤チェックリスト(該当者のみ)	
薬剤アレルギー 1. 有 2. 無	
気管支喘息 1. 有 2. 無	
腎機能 :Cr mg/dl	
:BUN mg/dl	
肝機能 :GOT u/l	
:GPT u/l	
心臓検査チェックリスト(該当者のみ)	
緑内障 1. 有 2. 無	
高度な貧血 1. 有 2. 無	
勃起不全薬(男性のみ) 1. 有 2. 無	

まず電話で仮予約をお願いします。

その後この用紙をFAXして頂いて予約完了となります。FAX後のこの用紙が貴院控となります。

患者様には別紙の予約票をお渡しし、検査当日に必ず持参するようにお伝えください。

神田クリニック 画像診断センター FAX 03(3252)1058