

長岡中央総合病院 読影不要 MRI 検査
申込書(診療情報提供書)
FAX 0258-30-1630,0258-30-1631

医療機関名

R8.9 改訂

電話番号

FAX 番号

診療科・医師名

①患者さま情報

患者さまは貴院でお待ちですか？（ います ・ いません ）

氏名	フリガナ	性別	初診・再診	当院 ID
		男・女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 才
住所	(〒 -) 電話番号 (自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 ・ 他) — —			

保険証記号番号		医療証負担者番号									
保険者番号		医療証受給者番号									
被保険者区分	本人 ・ 家族		負担割合	割							

* 保険証および公費等医療症を FAX していただければ、保険情報の記入は不要です。 * 労災・交通事故等の場合はその旨ご連絡ください

②予約希望日をご記入ください ※読影不要 MRI 検査の予約枠は木曜・夕刻のみの提供となります

検査希望日 月 日 (木) (16:30 ・ 17:00)

③臨床診断・検査目的をご記入ください

④検査部位をご記入ください

1 部位のみでのご指示をお願いいたします。 ※脳+頭部 MRA+頸部 MRA は可

- ☐ 頭部 (☐ 脳 ☐ 頭部 MRA ☐ 頸部 MRA)
☐ 脊椎 (☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎・仙椎)

部位や範囲、注意点など、撮影方法についての具体的な指示があればご記入ください。

⑤禁忌事項・注意事項について、必ずご記入ください

【禁忌項目】該当する項目がある場合、検査のみではお受けできません。診療科への受診紹介をお願いします。

☐ すべて該当なし

- ☐ ペーサー・ICD ☐ VP シェット ☐ 可動性義眼 ☐ 心臓人工弁置換 ☐ 人工内耳 ☐ 神経刺激装置
☐ 磁性体動脈クリップ ☐ 仰臥位静止困難 ☐ 閉所恐怖症 ☐ 持続血糖測定器 ☐ マグネットネイル

【注意事項】該当する項目がある場合は、手術日と手術された施設名をご記入ください。

- ☐ 管腔内ステント (脈管・消化管等) [年 月 日 施設名 :]
☐ 整形外科領域手術による体内金属 [年 月 日 施設名 :]
☐ その他、体内金属に関連した手術歴 [年 月 日 施設名 :]
☐ 手術以外による体内金属 [年頃 理由 :]

* 画像データは DVD - R になります。

*** 診断不要、撮影のみの申込書になります。撮影後の読影依頼はお受けできませんのでご了承下さい。**

長岡中央総合病院 病診連携室

〒940-8653 長岡市川崎町 2041 番地 Tel 0258-35-3700 (内線 2320) 直通 Fax 0258-30-1630