

# M R I 検 査 依 頼 票 兼 紹 介 状

フリガナ <b>氏名</b> _____ <b>様</b> 男・女
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 才 体重 _____ Kg
連絡先 自宅 ( )
日中(携帯) ( )

予約日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分
紹介元医療機関 _____ 先生

<b>検査部位</b>	臨床診断・疑い病変名
<input type="checkbox"/> 頭 部	検査部位、症状、臨床経過及び検査目的（具体的に記入をお願いいたします）
<input type="checkbox"/> 頸 部	
<input type="checkbox"/> 胸 部	
<input type="checkbox"/> 上腹部(肝・胆・膵)	
<input type="checkbox"/> 腎臓	
<input type="checkbox"/> 骨 盤	
<input type="checkbox"/> 脊椎(頸・胸・腰・仙)	
<input type="checkbox"/> 肩(右・左)	
<input type="checkbox"/> 四肢(右・左)	
<input type="checkbox"/> その他	

<b>MRI検査チェック項目（記入漏れの無いう、嚴重にお願いいたします）</b>			
絶対禁忌	心臓ペースメーカー 無・有 人工内耳・体内精密機器 無・有	適応注意	消化管吻合クリップ・ステント 無・有 人工骨頭・人工関節 無・有 その他整形外科的金属 無・有 その他の体内金属・弾丸 無・有 閉所恐怖症 無・有
原則禁忌	脳動脈瘤クリップ (型番: _____) 無・有		刺青・アートメイク・ジェルネイル 無・有 伏針・置き針 無・有
適用注意	冠動脈ステント 無・有 鼓室形成術 無・有 義眼 無・有 マグネット式義歯・入歯 無・有		かつら(パウダー式も含む) 無・有
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ ヶ月)	<input type="checkbox"/> 不明	
手術経験(有の場合は具体的にご記入ください)			

紹介先 医療法人社団 鵬友会  
**ゆめが丘総合病院**

〒245-0017 神奈川県横浜市泉区下飯田町1609-1  
地域連携室  
TEL 045-803-1610(直) FAX 045-803-1604(直)