

MR I 検査予約依頼表（機器共同利用委託 FAX用）

予約日時		住所		
年 月 日 ()		〒		
時 分				
氏名（フリガナ）		性別	生年月日	年齢
		様	男・女	年 月 日
				歳
電話番号	(自宅)	(携帯)		
依頼内容				
検査部位	頭部	<input type="checkbox"/> 頭部ルーチン (AXI: T1、T2、FLAIR、Diffusion、頭部MRA) 追加 (<input type="checkbox"/> 頸部MRA)		
	脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 全脊椎	下肢	<input type="checkbox"/> ひだり大腿 <input type="checkbox"/> みぎ大腿 <input type="checkbox"/> ひだり膝関節 <input type="checkbox"/> みぎ膝関節 <input type="checkbox"/> ひだり下腿 <input type="checkbox"/> みぎ下腿 <input type="checkbox"/> ひだり足関節 <input type="checkbox"/> みぎ足関節
	骨盤部	<input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 両股関節		
	上肢	<input type="checkbox"/> ひだり肩関節 <input type="checkbox"/> みぎ肩関節 <input type="checkbox"/> ひだり肘関節 <input type="checkbox"/> みぎ肘関節 <input type="checkbox"/> ひだり手関節 <input type="checkbox"/> みぎ手関節	軟部 (乳房除く)	<input type="checkbox"/> 軟部腫瘍 (部位:)
【病名】			【検査目的】	
依頼施設名		依頼医師署名 (自署)		
角谷整形外科病院 受診歴	有・無	診察券お持ちの方	患者番号	

ご記入に関する注意事項

・全項目を必ずご記入をお願いします。（当院受診歴、患者番号が不明な場合は空白で）

※ 患者さまに『MRI問診票』をお渡しいただき、検査当日までに記入してもらって下さい。

※ 依頼施設での事前確認をお願いします。

- 1 心臓ペースメーカー（MRI対応も含む）を使用している方は検査を受けられません。
- 2 今まで手術をしたことがある方。特に脳動脈クリップ、体内に金属が入ってる方。
- 3 刺青、アートメイク等を入れている方。
- 4 閉所恐怖症の方。
- 5 現在妊娠している又は妊娠している可能性のある方。

その他、ご不明な点につきましては下記までお問い合わせ下さい。

社会医療法人スミヤ 角谷整形外科病院 予約受付時間 (平日 9:00~17:00)	和歌山市吉田337番地 TEL : (073)433-1130 (MR予約センター) FAX (073)432-6054
----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------