

# 情報提供書(単純MRI検査)

## 患者情報

フリガナ

氏名

生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日

性別 男 女 ( )歳

住所 市 区

予約日時

年 月 日 ( )

時 分

※当院受診歴のある場合、記載不要

\*当院来院時、保険証の提示をお願いします

撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部(MRI+MRA)	<input type="checkbox"/> 聴器
	<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> 甲状腺
	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎
	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> MRCP
	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 股関節
	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣
	<input type="checkbox"/> その他( )	

医療機関名

所在地

医師サイン (フルネーム自筆でお願いします)

検査目的	主訴、症状、検査上の希望など
------	----------------

安全確認項目	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	妊娠3ヶ月未満	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(材質 )
	手術における体内金属	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(材質と部位 )
	人工心臓弁	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(材質 )
	金属染色:アートメイク・入れ墨	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	重篤発作のおこる可能性	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
その他	( )	( )	

さがみ林間病院 地域医療連携室

〒252-0385 神奈川県相模原市南区上鶴間7-9-1

電話 042(742)3582 (検査予約専用)

FAX 042(742)3595