診療情報提供書(兼MRI検査依頼票)

FAX
(鶴川サナトリウム病院用)

申込日　　年　　月　　日

医療機関名

住所

電話番号

医師氏名

IMSグループ
医療法人財団明理会　鶴川サナトリウム病院
認知症疾患医療センター
TEL:042-735-2222(代表)
TEL(FAX兼用):042-737-1253(放射線科直通)

フリガナ		性別	◯大正 ◉昭和 ◯平成
患者氏名		◉男 ◯女	年　月　日
電話番号		身長・体重	cm　kg
検査予約日時	**年　月　日　(　)　時　分**		
臨床診断			
検査目的			

☐ 頭部ルーチン
追加項目
- ☐ 脳動脈ＭＲＡ
- ☐ ＶＳＲＡＤ
- ☐ ＡＳＬ
- ☐ その他 (　　)

☐ 頸部（耳下腺・甲状腺等）
☐ 頸動脈ＭＲＡ
☐ 胸部（胸膜・縦隔）
☐ 腹部（肝,膵,胆管系）
☐ 腹部 ＋ ＭＲＣＰ
☐ 骨盤部（ 子宮, 卵巣 ・ 前立腺）

椎体，脊髄
☐ 頸椎
☐ 胸椎
☐ 腰椎

四肢
☐ 股関節（みぎ ・ ひだり）
☐ 膝関節（みぎ ・ ひだり）
☐ 足関節（みぎ ・ ひだり）
☐ 肩関節（みぎ ・ ひだり）
☐ 手関節（みぎ ・ ひだり）

☐ その他
(　　)

☆撮影法についてのご指示は
こちらにご記入ください。

« MRI問診チェック »

※予約を入れる前にご確認をお願い致します。ご不明な点がございましたら、放射線科までご連絡ください。

検査を受けられません。

・心臓ペースメーカー　・除細動器　・人工内耳　・義眼等を装着されている方　・妊娠中の方

検査を受けられない場合があります。

・体内金属（動脈瘤クリップ・整形手術用の金属・異物金属片　等）が入っている　◉はい ◯いいえ

※「はい」場合のみ下記の質問にお答えください

・体内金属手術から ＭＲＩ検査歴がある　◉はい ◯いいえ

・手術時期、部位、素材など分かる範囲でお答えください

【手術時期：　年　部位：　素材：　】

・刺青・アートメイク をしている（変色、やけどを起こす可能性があります）　◉はい ◯いいえ

・閉所恐怖症である　（狭いところが苦手、不安である）　◉はい ◯いいえ