

MRI検査申込書兼診療情報提供書

紹介元医療機関名			
郵便番号・住所	〒		
電話・FAX番号	TEL	FAX	
紹介医師名	科		

フリガナ				生年月日	明・大・昭・平		男・女
患者様氏名	様			年月日	年 月 日 () 歳		女
患者様住所	〒						体重 Kg
TEL	() -		携帯	() -			
恵佑会 受診履歴	なし		あり(歯科)		あり(医科)		

【予約内容】 ※ 禁忌確認・同意書は必ず、○でチェックして申込書と一緒にFAXをお願いします。

検査日	年 月 日			午前・午後	時 分	※お電話にて決定された 日時を記入願います	
造影剤使用	☐ 単純 ☐ 造影 ☐ 一任			同意書 ☐ 済 禁忌確認 ☐ 済			
撮影部位	脳・頭頸部	☐ 脳 ☐ 顎関節 ☐ 頭頸部			胸部	☐ 食道 ☐ 乳房 ☐ 縦隔	
	腹部	☐ MRCP(ボースデル 有 ☐ ・ 無 ☐) ☐ 肝プリモビスト造影 ☐ 肝ガドリニウム造影 ☐ 上腹部 ☐ 骨盤腔 ☐ 腎・副腎					
	椎体	☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 仙椎			血管	☐ MRA	
腎機能チェック	eGFR ml/min/1.73m ² または 血清クレアチニン値 mg/dl ※造影の場合は必ず数値の記入をお願いします。単純の場合は記入の必要はありません。						
病名						喘息	有・無
主訴・検査目的	※喘息の有無は必ずどちらかにチェックをお願いします						

【画像出力】	選択	フィルム	CD-R	NET配信
--------	----	------	------	-------

※ NET配信は恵佑会と提携している必要があります。詳しくはホームページ、電話にてお問い合わせください
※ フィルム出力の場合、フィルム代が加算されます。
※ NET配信では当日。他の出力は翌日の郵送となります。
※ NET配信、CD-RはDICOMビューワー付です。計測、拡大等が可能です。

恵佑会札幌病院使用欄
(記入する必要はありません) ID番号

(点線以下の部分を切り離してお使いください)

恵佑会札幌病院からのご連絡							
様 生年月日 年 月 日							
下記の日時にMRI検査のご予約を承りました。 受診の際にはこの用紙を受付にご掲示ください。 検査当日は予約時間30分前には受付を済ませるようにお願い致します。							
MRI							
MRI検査予約:平成 年 月 日 午前・午後 時 分							
				地域医療連携室 011-863-8800 札幌市白石区本通14丁目北1-1			