

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	大・昭・平・令		男・女
患者様氏名	様		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	同意書	済
撮影部位	脳・頭頸部	☐ 脳	☐ 顎関節	☐ 頭頸部	☐ 胸部
	腹部	☐ MRCP(ボースデル 有 ☐ ・ 無 ☐) ☐ 肝プリモビスト造影			
		☐ 上腹部	☐ 骨盤腔	☐ 腎・副腎	
	椎体	☐ 頚椎	☐ 胸椎	☐ 腰椎	☐ 仙椎
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				
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 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
※ 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: 西暦 年 月 日 午前・午後 時 分



社会医療法人 恵佑会札幌病院

地域医療連携室
011-863-8800
札幌市白石区本通14丁目北1-1