

# MRI検査依頼票（診療情報提供書）

<貴院にてご記入の上、患者様へお渡しください>

依頼先医療機関：北村脳神経クリニック

MRI予約専用電話：090-7271-1674

FAX：045-891-2223

患者氏名	フリガナ	男・女	紹介元医療機関名
			ご担当医名：
生年月日	年 月 日	歳	
電話：			電話：

予約検査日： 年 月 日 ( )

予約時間： 時 分 開始

※ MRI検査を受けられる方は **予約時間の20分前** にお越し下さい。

疾患名または臨床診断（医師記入欄）

検査目的（医師記入欄） ※撮像法・画像処理法など、ご要望がありましたらご記入ください

MRI検査 ※単純検査のみとなります（医師記入欄）

検査部位	頭部	<input type="checkbox"/> 脳( ) <input type="checkbox"/> 他( )
	脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎
	腹部	<input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 他( )
	骨盤	<input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 他( )
	四肢	<input type="checkbox"/> 肩関節( 右・ひだり ) <input type="checkbox"/> 肘関節( 右・ひだり )
		<input type="checkbox"/> 手関節( 右・ひだり ) <input type="checkbox"/> 股関節
		<input type="checkbox"/> 膝関節( 右・ひだり ) <input type="checkbox"/> 足関節( 右・ひだり )
	<input type="checkbox"/> 他 四肢( )	
その他部位	<input type="checkbox"/> その他( )	

以下の項目についてチェックをお願いします

<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー、除細動器、神経刺激装置、人工内耳	無・有 →検査出来ません
<input type="checkbox"/> 体内金蔵(種類 手術時期 )	無・有 } 出来ない場合あり 無・有 } 無・有 } 無・有 }
<input type="checkbox"/> 刺青、アートメイク	
<input type="checkbox"/> 入れ歯(磁石で固定するもの)	
<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性	
「有」の場合、MRI検査が出来ない事があります 当院にお問い合わせください	

読影レポートについて ⇒ 後日郵送 ※読影結果は翌日以降のご報告となります

画像CD-Rデータについて ⇒ 検査終了後に当日患者さまへお渡します



北村脳神経クリニック  
Kitamura Neurosurgery Clinic

〒247-0007  
神奈川県横浜市栄区小菅ヶ谷1-5-4メディカルモールA1区画  
TEL:045-891-2222 FAX:045-891-2223