

MRI検査依頼票(FAX送付票)

紹介元医療機関の所在地・名称		申込日 令和 年 月 日	
〒		〒	
先生		先生	
連絡先 (当院からご相談が必要な時に連絡致します。)			
電話番号		FAX番号	
放射線科検査申込内容(必要な項目の□に、チェックを入れて下さい)			
MRI検査(単純のみ)			
※ 検査部位 □ 頭部 □ 頸椎 □ 胸椎 □ 腰椎 □ MRCP □ その他()			
※ 造影MRIの場合は、該当診療科に受診が必要です。お電話にてお問い合わせ下さい。			
読影結果 返却方法			
後日読影結果・画像郵送致します。			
※ 撮影画像の提供方法はCD-Rで行い CD-R画像郵送またはお持ち帰り □ 持ち帰り希望			
※ 読影結果は作成でき次第FAX致します。およそ1週間前後で郵送致します。			
<input type="checkbox"/> MRIチェックリスト(依頼票と一緒にFAX送付して下さい。)			
確認事項	移動形態(歩行可・ストレッチャー・車椅子) 妊娠(無・有) 閉所恐怖症(無・有)		
	体内金属 無・有 (ペースメーカー、歯科インプラント、脳動脈瘤クリップ、人工内耳等)		
	30分程度静止(可・不可) 造影剤アレルギー(無・有) 結核(無・有・疑い)		
予約希望日	① 令和 年 月 日 10:30 11:00 11:30 13:30 14:00 14:30 15:00 15:30 16:00		
	② 令和 年 月 日 10:30 11:00 11:30 13:30 14:00 14:30 15:00 15:30 16:00		
	<input type="checkbox"/> 最短日 AM・PM		
傷病名・症状 (検査希望内容)			

患者さま基本情報

患者さまの基本情報・保険情報の提供をお願いします。

ふりがな		性別	生年月日		
患者氏名		男 女	M・T・S・H・R	年 月 日生	
患者住所	〒	TEL			

保険情報

【被保険者証】		【公費負担医療受給者票】	
保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		受給者番号	
資格取得日	年 月 日	有効期間	~
世帯主		【高齢受給者証】	
保険者名		公費負担者番号	
当院受診歴		受給者番号	
□ なし		有効期間	~
□ 不明		負担割合	1割 3割
□ あり(診察券番号)			