

MR I 検査申込書 (兼診療情報提供書)

申込先：函館市医師会病院 地域医療連携室
 直通TEL 43-4876 直通FAX 43-3416

		申込日時	年	月	日
氏名	様	T・S・H・R	年	月	日 (才)
男・女					
依頼病医院・医師					
検査日時	年	月	日	AM・PM	時 分
MR I 検査歴	初回・()回目	前回検査日	年	月	日
喘息の既往	+・-	手術クリップ・クランプ	+・-		
アレルギー	+・-	人工骨頭・人工関節	+・-		
H B s 抗原	+・-・未	その他の体内金属	+・-		
ワ 氏 反 応	+・-・未	妊 娠	+・-		
H C V 抗体	+・-・未	腎機能異常	+・-・未		

病歴・検査目的

検査部位 (○をおつけください)

1. 頭 部 ()
2. 脊椎・脊髄 (頸・胸・腰・仙)
3. 眼 窩 ()
4. 副 鼻 腔 ()
5. 上 咽 頭 ()
6. 頸 部 ()
7. 胸 部 (肺・縦隔・心臓・大血管・乳房・その他)
8. 腹 部 (肝・胆・膵・脾・腎・副腎・大動脈・その他)
9. 骨 盤 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺・その他)
10. 骨・関節 ()

※ 共通受診申込書とあわせてMR I 検査申込書を連携室にFAXしてください。
 ※ MR I 検査申込書の原本を患者さんにお渡しし、コピーを紹介元控としてください。
 ※ 検査中止または延期等は速やかにその旨をご連絡願います。
 ※ 検査終了後、CD-Rを患者さんにお渡しし、所見報告は読影結果が出次第FAXさせていただきます。