

MRI検査 予約申込書 兼 フォーム

記載例

菊池病院 地域連携室 C T ・ M R I 共同利用予約担当者 行
F A X : 0 9 6 - 2 4 8 - 2 1 2 4 (直通)

■ 禁忌事項確認

- 妊婦または、妊娠の可能性 ☒ なし ☐ あり *ありの場合は原則検査不可
- ペースメーカー等の
植込み型医療機器 ☒ なし ☐ あり *ありの場合は検査不可
- 体内金属 ☒ なし ☐ あり *ありの場合 手術元へ確認後、以下の項目を選択
☒ MRI検査可能 ☐ MRI検査不可

■ 患者様情報

フリガナ	キクチ ハナコ
氏 名	菊池 花子
生年月日	S14年 10月 20日
性 別	男 ・ 女
電話番号	090-1234-5679

■ 依頼元医療機関情報

医療機関名	サンプルクリニック
医師名	熊本 一郎
所在地	〒861-●●●● 熊本県菊池市●●●●
電話番号	096-123-4567
FAX番号	096-123-5678

■ 画像検査予約情報

予約日時	R8年 11月 17日(火曜日) 13時 0分
------	--------------------------

MRI検査撮影メニュー ご希望の撮影メニューに ○をつけて下さい。	頭部	・ 頭部ルーチン (Ax:T1,T2,DWI,FLAIR,T2*,MRA)
		・ 物忘れルーチン (Ax:T1,T2,DWI,FLAIR,T2*)(Cor:FLAIR 6mm全脳)(Sag:VSRAD)
		・ めまいルーチン (Ax:T1,T2,DWI,FLAIR,T2*,MRA,SPACE)
	脊椎	・ 頸椎ルーチン (Sag:T1,T2,STIR)(Ax:T1,T2)
		・ 胸椎ルーチン (Sag:T1,T2,STIR)(Ax:T1,T2)
		・ 腰椎ルーチン (Sag:T1,T2,STIR)(Ax:T1,T2)
・ その他 追加 シーケンス () *撮影部位は頭部・脊椎のみです。 2部位の撮影は診療枠の都合上、日を分けてご依頼の程よろしく申し上げます。		
診断名	アルツハイマー型認知症の疑い	
検査目的	認知症の精査	
読影希望	☒ 希望する ・ ☐ 希望しない	
読影医への依頼コメント	特にありません。	



■画像検査予約情報

- ・次の書類等を持参するようお願いください。
 1. 本紙(予約申込書 兼 ファックス送信票)
 2. 身分証明書(マイナ保険証、資格確認書等)
 3. MRI検査 問診票/同意書
- ※MRI検査の場合のみ
- ・検査当日は、予約時間の15分前までに菊池病院へお越しいただくようお願いください。

■注意事項

- ・別途添付した『MRI検査 問診票/同意書』の記載をおねがいします。
- ・検査当日は、なるべく金属製のホックやボタンのついてない服装でお越し下さい。
- ・検査当日、下記の項目は火傷のおそれがあるため、お控えください。
 - ✓ マスカラ・つけまつ毛・アイシャドー・ラメ入り化粧品・ネイルアート
 - ✓ カラーコンタクトレンズ(通常の物は可)
 - ✓ 増毛パウダー
 - ✓ ネックレス・ピアス等装飾品の着用
 - ✓ 湿布・エレキバン等の貼付薬
 - ✓ ヒートテック等の機能性下着
- ・血糖値測定器(FreeStyleリブレ等) はMRI検査時は取り外しの必要があります。
管理元の医療機関とご相談の上、MRI検査予定日の調整をお願いします。
- ・安全なMRI検査へのご協力をよろしくおねがいします。