

医療機器共同利用申込書（MRI検査用）

依頼日 年 月 日

紹介元医療機関名				検査予約日				
所在地				第一希望	年	月	日	曜日
電話番号		FAX		第二希望	年	月	日	曜日
担当医師名						時	分	

患者情報記入欄

依頼患者名		性別	生年月日
フリガナ		男 ・ 女	M・T・S・H・R
氏名			年 月 日 (満 才)
住所	〒 電話番号 () -		
主訴	検査依頼目的		

※以下の方は検査をお引き受けできかねます。

ペースメーカー植込み患者様	体内金属のある患者様	妊娠または妊娠の可能性のある患者様
造影MRIの必要がある患者様	閉所恐怖症の患者様	

検査項目記入欄

検査依頼	MRI検査	
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎)
	<input type="checkbox"/> 頭部 + MRA	<input type="checkbox"/> 骨盤
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 四肢 ()
	<input type="checkbox"/> 顔面骨 (眼窩 ・ 副鼻腔)	<input type="checkbox"/> 下腹部 (子宮 ・ 卵巣)
	<input type="checkbox"/> その他	

検査結果 (検査結果は郵送にてお送り致します)

納品期日	通常 (平日で一週間後に到着) ・ 至急 (CD-Rのみのお渡し。平日で2、3日程で到着)		
納品形態	<input type="checkbox"/> CD-R、レポート	<input type="checkbox"/> CD-R	<input type="checkbox"/> レポート

お問い合わせ



医療法人社団 東京ハートサミット
東京心臓不整脈病院
Tokyo Heart Rhythm Hospital

TEL:03-3638-2301 FAX:03-3638-2305

予約受付時間

平日(月～金曜日) 8:30～17:00