# ＭＲＩ　検査予約申込書

北茨城市民病院　地域医療連携相談室　あて

**FAX 0293－46－7080**　　年　　月　　日

医療機関名

FAX

御担当医

医療機関コード：

| | |
|---|---|
| フリガナ<br>患者様氏名　　様　（　男・女　） | |
| 生年月日　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日　生　（　　）歳 | |
| 住所　〒 | |
| ＴＥＬ：　　－　　－ | |
| 当院の受診歴　　有（　　年　　月頃）・　無　　当院 ID 番号： | |
| **保険種類：健保　・　労災　・　自賠　・　生保・　その他(　　)** | **受診状況：外来　・　入院中** |

希望検査日　　月　　日（　　）　　**月・火・水・金曜日**の午後となります。

　　月　　日（　　）　・　特になし　※第 2 希望までご記入下さい。

**※撮影部位や予約状況等によりご希望に添えない場合もございます。**

【検査目的・指示内容】

ペースメーカー埋設の有無（　有　＜　　年　　月頃＞　・　無　）

**〇読影希望（有・無）　　〇画像コピー＜ＣＤ－Ｒ＞希望　（　有・無　）**

□頭部　　□腹部　　□ＭＲＣＰ　　□骨盤

□頸椎　　□胸椎　　□腰椎

□四肢（部位　　Ｒ・Ｌ　）□肩　Ｒ・Ｌ　　□膝　Ｒ・Ｌ

□その他の部位（　　）

※造影剤使用のＭＲＩ依頼撮影は、現在受け付けておりません。

ご不明な点がございましたら地域医療連携室へお問い合わせ下さい。

TEL:0293-46-1121（内線 2244・2245）

FAX:0293-46-7080

北茨城市民病院　地域医療連携相談室

2020,6 月改訂