

MR I 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

平成 年 月 日

医療機関名

FAX

御担当医

医療機関コード：

フリガナ	
患者様氏名	様 (男・女)
生年月日	明・大・昭・平 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がございます。

【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)

○読影希望 (有・無) ○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MR I 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