

## M R I 検 査

日進おりど病院長 宛

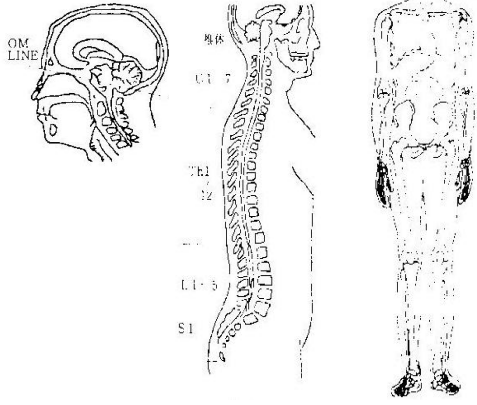
施設名:

医師名:

印

下記の患者について、**医療機器共同利用**を申し込みます。

なお、検査時、患者に対する**緊急処置が必要となった場合は、貴院の対応に一任します。**

ふりがな		生年月日	性別
患者名	様	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	男 女
検査日	年 月 日 時～		
検査部位	頭部・頸椎・胸椎・腰椎・腹部(肝・胆・膵・腎)・骨盤部 四肢( )・その他( )		
臨床診断 検査目的 検査要望及び 具体的指示など	 <p>画像出力(CD・フィルム)希望</p>		
患者の状況	<p>下記については必ずチェックしてください。</p> <p>ペースメーカー 入れ墨 心臓人工弁 人工関節 股・膝等 動静脈瘤クリップ 鋼線・釘・プレート 閉所恐怖症</p> <p>その他、手術歴や注意すべき点など がありましたらご記入ください。</p>		
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者さまの状況・状態によりましては、検査ができない場合もございます。</li> <li>・検査手技の参考にいたしますので、検査目的・指示内容などはできる限り詳細にご記入願います。</li> <li>・検査開始15分前までに受付を済まされるようご案内申し上げます。</li> <li>・都合により検査が受けられなくなった場合には、ご連絡お願いいたします。</li> </ul>		