厚木佐藤病院 宛　MRI検査依頼書

※まずはご予約の電話をお願いいたします※

予約後、下記空欄部分に必要事項をご記入の上、検査室あてにFAXでご返送ください。
（厚木佐藤病院 臨床検査センター　　TEL：046-247-1246　　FAX：046-247-1267）

申込日　　年　　月　　日

（紹介元医療機関の所在地及び名称）
（担当科・医師）
（電話・FAX）

検査日時	予約日：　　年　　月　　日（　　）　予約時間：　　時　　分		
患者氏名	フリガナ　　様	性別	男　・　女
生年月日	（T・S・H・R）　　年　　月　　日	年齢	満　　歳
住所	〒　　－		
連絡先	電話　（　　－　　－　　）　携帯電話（　　－　　－　　）		

※予約時間の30分前までにお越しください。 当日、こちらの依頼書と保険証を忘れずにお持ちください。
※緊急の患者様を優先させていただく場合がありますのでご了承ください。

【病名】	
【紹介目的】	MRI（単純のみ）
【検査部位】	□頭部　□頸椎　□胸椎　□腰椎 □肩関節（右・左）□肘関節（右・左）□手指・手関節（右・左） □股関節（右・左）□膝関節（右・左）□足関節（右・左） □骨盤 □その他〔　　〕　※原則１日１部位とします
【症状経過及び検査目的】	撮像法の指示等ありましたら、こちらに具体的にご記入ください。
【備考】 患者に関する 留意事項等	
【確認事項】	体内金属　（有・無）→具体的に〔　　〕 閉所恐怖症　（有・無） 妊娠（女性の方のみ）（有・無） →※「有」に○がある場合、MRI撮像の可否　（可・不可） ※当院の問診の内容によっては、MRI撮像不可と判断させていただく場合もあります。ご了承ください。
【画像出力方法】	CD-R（DICOM Viewer付） 検査当日、患者様にお渡しします 読影レポート　（必要〈後日送付します〉・不要）

医療法人社団　藤和会　厚木佐藤病院　　2022.11版