

ふれあい東戸塚ホスピタル
MRI 検査依頼書

フリガナ		男 女	大 昭 平 令	年 月 日 年 月 日生 (歳)
住所				
	TEL ()			
紹介元	所在地 医院名 医師名			
診断名	(主訴) (診断名)			
特記すべき患者様情報 ふれあい東戸塚ホスピタル 受診歴 有 ・ 無				

※以下、該当部分にチェック ✓ または○をお付けください。

検査項目	MRI (ペースメーカー装着不可)→	撮影部位
	読影 : 要 ・ 不要	CD-ROM ・ フィルム
個人データ	・放射線 無 ・ 有 () ・手術歴(時期・内容) 無 ・ 有 () ・体内金属 無 ・ 有 ・アレルギー、喘息 無 ・ 有 ・てんかん 無 ・ 有	□頭部 □頭部(MRI+MRA) □頸部 □脊椎 () □その他 () ・閉所恐怖症 無 ・ 有 ・妊娠 無 ・ 有 (週) ・体重 kg ・感染 無 ・ 有 ()
予約日時	月 日 () 時 分	

※まずは、お電話頂き各検査担当部門でのご予約をお願い申し上げます。
 ※ご予約後、ご記入頂き下記まで FAX または E-mail にてお送り頂きますようお願い申し上げます。
 ※検査前に診察がございますので、予約時刻の30分前にはお越し頂きますようご案内をお願い申し上げます。

電話 045-827-2637 FAX 045-827-2647	医療法人社団健齡会 ふれあい東戸塚ホスピタル E-mail: ht-hosp@fureai-g.or.jp
-------------------------------------	--