

MRI検査依頼書<診療情報提供書>

平成 年 月 日

金沢社会保険病院 地域医療連携センター

TEL:076-253-5069

FAX:076-252-2369

紹介医療機関

医師氏名

TEL

FAX

ふりがな			生年月日	
氏名	男・女	M S	T H	年 月 日 ( 才 )
住所	〒			
連絡先	TEL:		(氏名:	続柄: )

造影	有 ・ 無	検査部位	
臨床診断・病名			
主訴・経過・検査目的			

検査チェックリスト			
ペースメーカー	有 ・ 無	義歯・補聴器	有 ・ 無
能動脈クリップ	有 ・ 無	入れ墨・アートメイク	有 ・ 無
血管内ステントコイル・フィルター	有 ・ 無	職業上金属を浴びている	有 ・ 無
義眼・人口内耳	有 ・ 無	妊娠中・妊娠の可能性	有 ・ 無
身長	cm	体重	kg

☆心臓ペースメーカー、人口内耳、可動義眼を使用している方はMRI検査を受けることができません。

希望日	① 平成 年 月 日 ( )	いつでも良い場合は未記入でお願いします。
	② 平成 年 月 日 ( )	