

診療情報提供書(MRI検査依頼書)

ご依頼側控

記入年月日 年 月 日



けやき脳神経
リハビリクリニック

目黒区下目黒2-14-13 下目黒HAPPYビル2階

事前予約お願いします
TEL:03-5747-9280
FAX:03-5747-9282

紹介元医療機関
医師名
TEL
Email(メール返送希望時)

患者様情報

フリガナ		住所〒
患者氏名	男・女	
TEL		生年月日 年 月 日

<input type="checkbox"/> 診察のご案内	<input type="checkbox"/> 検査のみご依頼 (30分前までにご来院ください)
月 日() 時 分 ご来院予定	月 日() 時 分 検査開始予定

診療種別	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 自費診療
検査部位(造影検査は行っておりません)	
<input type="checkbox"/> 頭部MRI+A <input type="checkbox"/> 頭部MRI+A+頸部MRA <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 頸動脈プラーク <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> MRCP(検査前4時間 絶飲食) <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 四肢関節(右・左 部位) <input type="checkbox"/> その他()	
病名・検査目的	
その他	

チェック項目	
・心臓ペースメーカー、埋込型除細動器、人工内耳、MRI非対応の脳動脈瘤クリップや体内金属	<input type="checkbox"/> あり → 検査できません <input type="checkbox"/> なし
・磁石式入れ歯、インプラント	<input type="checkbox"/> あり → 検査日までに歯科で確認要 <input type="checkbox"/> なし
(その他、体内金属などは検査前に当院にて確認させていただきます。)	

検査結果返却	画像媒体	読影レポート
	<input type="checkbox"/> Web閲覧(QRコード送付) QRコード送付方法 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 当日持ち帰り <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> Web閲覧 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送

診療情報提供書(MRI検査依頼書)

当院控

記入年月日 年 月 日



けやき脳神経
リハビリクリニック

目黒区下目黒2-14-13 下目黒HAPPYビル2階

事前予約お願いします
TEL:03-5747-9280
FAX:03-5747-9282

紹介元医療機関

医師名

TEL

Email(メール返送希望時)

患者様情報

フリガナ		住所〒
患者氏名	男・女	
TEL		生年月日 年 月 日

診察のご案内

検査のみご依頼 (30分前までにご来院ください)

月 日() 時 分 ご来院予定

月 日() 時 分 検査開始予定

診療種別 保険診療 自費診療

検査部位(造影検査は行っておりません)

頭部MRI+A 頭部MRI+A+頸部MRA 下垂体 頸動脈プラーク
 頸椎 胸椎 腰椎
 MRCP(検査前4時間 絶飲食) 子宮・卵巣 前立腺
 四肢関節(右・左 部位) その他()

病名・検査目的

その他

チェック項目

・心臓ペースメーカー、埋込型除細動器、人工内耳、MRI非対応の脳動脈瘤クリップや体内金属

あり → 検査できません なし

・磁石式入れ歯、インプラント

あり → 検査日までに歯科で確認要 なし

(その他、体内金属などは検査前に当院にて確認させていただきます。)

検査結果返却	画像媒体	読影レポート
	<input type="checkbox"/> Web閲覧(QRコード送付) QRコード送付方法 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 当日持ち帰り <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> Web閲覧 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送

目黒区下目黒2-14-13 下目黒 HAPPYビル2階
 TEL:03-5747-9280

記入年月日

年 月 日



患者様情報

紹介元医療機関

医師名

TEL

フリガナ		住所〒
患者氏名	男・女	
TEL		生年月日 年 月 日

診察のご案内

検査のみご依頼 (30分前までにご来院ください)

月 日() 時 分 ご来院予定

月 日() 時 分 検査開始予定

診療種別 保険診療 自費診療

検査部位(造影検査は行っておりません)

- 頭部MRI+A
 頭部MRI+A+頸部MRA
 下垂体
 頸動脈プラーク
 頸椎
 胸椎
 腰椎
 MRCP(検査前4時間 絶飲食)
 子宮・卵巣
 前立腺
 四肢関節(右・左 部位)
 その他()

『保険証』『診療情報提供書』『MRI検査案内』持参の上、**受付(2階)**にお越し下さい。

注意とお願い

- 検査当日は案内票(本状)、保険証、紹介元医療機関からの診療情報提供書をお持ち下さい。
- 当日検査に遅れる場合やキャンセルされる場合、ご予約の変更が生じた場合には直接、けやき脳神経リハビリクリニック(03-5747-9280)までご連絡をお願い致します。
- 緊急を要する所見が認められた場合、当クリニックの判断において患者様へ結果をご説明し、専門病院へご紹介 させていただく場合がございます。
- MRIは強力な磁場が発生しますので、次の方は検査できません。
ペースメーカー、人工内耳、脳室腹腔シャント(可変式バルブ)、埋め込み式除細動器などがある方
- 以下の方は、検査可能かどうか確認が必要です。
 脳血管クリップ(チタン製は撮れます)
 消化管のクリップ
 血管内コイルやステント
 磁性体の避妊リング
 義眼義手など

(手術された病院にMRIが撮れるかどうかご確認ください。)