

FAX:048-283-1337

タムスさくら病院川口  
MRI診療情報提供書

ふりがな

氏名

生年月日 T・S・H 年 月 日

日中連絡の取れる電話番号 性別 男・女

( — — )

住所

紹介元医療機関名・電話番号

— —

診療科名

ご担当医師名

印

予 約 日 時

送 迎 希 望

月

日

時

分

有

・

無

依頼内容

検査目的

☐脳 ☐VSRAD☐副鼻腔 ☐頸動脈☐腹部 ☐MRCP☐頸椎 ☐胸椎☐腰椎 ☐仙椎☐肩(左・右)☐肘(左・右)☐手関節(左・右)☐手(左・右)☐股関節☐膝(左・右)☐足関節(左・右)☐足(左・右)☐その他

( )

現病歴(傷病名・症状経過及び検査結果・治療経過)

現在の処方・備考

読影レポート

要

・

不要

下記事項のチェックをお願い致します。

いいえ

はい

●妊娠初期3ヵ月以内もしくは妊娠の可能性

☐☐●体内金属(心臓ペースメーカー・除細動器・人工内耳・神経刺激装置・  
脳動脈クリップ・その他の体内金属)

具体的に [ ]

●刺青・アートメイク

☐☐

●増毛パウダー(鉄粉を含む場合があるため)

●カラーコンタクト

●磁石や金属を使った入れ歯・義歯・義眼

※患者の安静が保てない、禁忌事項や対応できない金属がある場合はMRI検査中止になる場合がございます。

医療法人社団桐和会タムスさくら病院川口 TEL:070-4004-7289(直通)おかけ間違えないようお願い致します。