

# 横浜労災病院 MRI(単純) 検査申込書・紹介状

申込日 令和 年 月 日

横浜労災病院地域医療連携室 まで (FAX 045-474-8344)

下記の空欄部分に必要な事項を記入のうえ、FAXで送付してください。

検査希望日 月 日 ( ) (おおむね1週間後でお願いします)

検査枠 【月～木】16:10 【金】15:30

※ペースメーカー・ICD植え込み患者さんの予約は日時や条件が異なります。MRI対応かご確認のうえ、地域医療連携室まで直接ご連絡ください。

## 【紹介医療機関】

名称		医師名	
所在地	〒( )	電話番号	- -
		FAX番号	- -

## 【患者情報】

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	大正(T) 昭和(S) 平成(H) 令和(R) 年 月 日
住所	〒( ) 電話番号 - -		
当院受診歴(有・無・不明)	患者ID	-	-

検査部位 (検査部位のチェックは原則として1部位とします。)

- 頭部  頸部  胸部  上腹部  骨盤  前立腺  
 四肢・関節  脊椎  その他

この検査で知りたい画像情報をお知らせ下さい。

臨床診断名及び検査目的等具体的に記載して下さい。

◆患者様情報を、下記に記載して下さい。

- ・体内金属 無・有(MRI対応)  
・閉所恐怖症 無・有  
その他 ( )

◆お返事の方法を下記の項目より選択してください

画像の有無  必要  不要

※読影レポートと画像(CD-R)は後日郵送いたします