

横浜労災病院 MRI(造影) 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 あて (FAX 045-474-8344)

下記の空欄部分に必要な事項を記入のうえ、横浜労災病院地域医療連携室(FAX 045-474-8344)あて 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 【 金 】 15:30

紹介医療
機関名称

〒(-)

住所

医師名

電話番号 - -

FAX番号 - -

| | | | | | | | |
|------|--------|-----|----------------------------------|---|---|------|-----|
| 患者氏名 | | 男・女 | 明治(M) 大正(T) 昭和(S) 平成(H) | 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 頭部 頸部 胸部 上腹部 骨盤 四肢・関節 脊椎 その他
(検査部位のチェックは原則として1部位とします。)

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。

薬剤アレルギー 無・有 ()

喘息 無・有

腎機能 正常・異常・未施行

感染症 無・Wa HB HCV 未施行

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)は、後日郵送いたします。