

MRI 共同利用申込書

オリブ山病院受診歴 あり ☐
なし ☐
不明 ☐

予約日時： 年 月 日 ()

午前・午後 時 分

※検査状況によっては少しお待ちいただく場合もございます

紹介元医療機関名：

T e l：

医師名：

F A X：

フリガナ		生年月日
患者氏名	様 (男 ・ 女)	T ・ S ・ H 年 月 日

主訴および傷病名

検査目的 (記載内容をもとに検査及び読影を行います)

検査部位

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ 頭部 | ☐ 脊椎 (頸・胸・腰) |
| ☐ 股関節 | ☐ 肩関節 (右・左) |
| ☐ 膝関節 (右・左) | ☐ その他 () |

※ 安全性の観点から造影剤および蠕動運動抑制剤を使用した検査は行いません

検査前チェックリスト (依頼医師にてチェックをお願いします)

- | | | |
|------------------------|---------------------|-----------------|
| ① 心臓ペースメーカー (有・無) | ④ ステンツ/クリツプ (有・無) | ⑦ 妊娠 (有・無) |
| ② 人工内耳 (有・無) | ⑤ 脳動脈瘤クリツプ (有・無) | ⑧ 閉所恐怖症 (有・無) |
| ③ 人工弁 1970 年以前 (有・無) | ⑥ MRI 検査の既往 (有・無) | ⑨ その他 () |

①～③有の場合は検査不可

当院は、個人情報の保護に関する法令及び内部規定を遵守し、保有する個人情報の適正な管理・利用と保護に努めます



特定医療法人葦の会オリブ山病院

電話 098-886-2311

F A X 098-886-6588