

検査等予約申込書 (MRI検査用)

年 月 日

(宛先) 春日井市民病院長
FAX 0568-82-9345

医療機関名

紹介医師名

電 話

F A X

1 予約方法・日時

↓ご利用になる予約方法に○印をつけてください。((1)・(2)のいずれか)

(1)電話予約	予約日時	年	月	日	(	時	分)		
(2)FAX予約	※希望日、希望曜日がある場合は必ず記入してください。								
※希望日	①	月	日	②	月	日	③	月	日
※希望曜日		月		火	水	木	金		

2 予約項目

ご希望されるMRI検査の項目に○印をつけてください。

撮影方法	単純	単純+造影	造影のみ						
部位	頭部	頸部	胸部	腹部	骨盤部	脊椎	上肢	下肢	その他 ()

次の禁忌項目について、依頼元の医療機関で確認をして、該当の場合は○印をつけてください。

除細動器※	心臓ペースメーカー※	
※に該当する場合は事前に主科受診が必要となりますので、申込前に医療連携室にご連絡ください。		
手術既往	体内異物	脳動脈瘤クリップ
入墨・アートメイク	閉所恐怖症	妊娠初期

造影MRI検査の場合は、次の項目について確認をしてください。

①	医療連携マニュアル3ページ★確認事項2:「造影MRI検査依頼医師への注意・確認事項」
②	直近3ヶ月以内の腎臓機能検査数値(血清クレアチニン・eGFR)がわかる血液データ、糖尿病薬剤の服薬状況、アレルギーの有無を診療情報提供書に記載または添付してください。

3 受診者情報

フリガナ	春日井市民病院登録番号 (ID)		
氏 名			
生年月日	年	月	日 (歳)
性 別	男	女	
住 所	〒		
電話番号	春日井市民病院の受診歴 有 無		

(該当する場合は次の項目についても記入してください。)

自賠	保険会社	電話	担当
入院中の場合	算定している入院料:		