

診療情報提供書・MRI検査依頼書

予約日	年 月 日 ()	予約時間	AM・PM 時 分
紹介元医療機関			
所在地			
TEL / FAX		担当医師名	
貴院次回診察日	年 月 日 ()		
フリガナ		性別	男・女
患者氏名		生年月日	T・S・H・R 年 月 日
住所	〒		
患者電話番号			
検査希望時間	☐ 社保 ☐ 国保 ☐ 後期 ※当院は生活保護指定医療機関ではございません。 生活保護受給中の方は、指定医療機関へのご依頼をお願いいたします。		
結果説明	☐ 当院(高槻やまざき脳神経外科)で説明希望 ☐ 紹介元で説明希望(結果を返送)		
読撮依頼	☐ 要 ☐ 不要 採血委託 ☐ 希望する(精神科等、採血困難な場合) ☐ 不要		
傷病名及び紹介目的			
既往歴・症状・検査結果・治療経過			
撮影部位			
☐ 頭部 + 頭部MRA ☐ 頭部 + 頭部MRA+ 頸椎MRA ☐ 下垂体 ☐ 後頭蓋窩(顔面神経・三叉神経・聴神経) ☐ 頸動脈プラーク ☐ 頸椎 ☐ 胸腰椎 ☐ 腰椎 ☐ MRCP ☐ 腎動脈MRA ☐ 肩関節(右・左) ☐ 肘関節(右・左) ☐ 手・手関節(右・左) ☐ 足・足関節(右・左) ☐ 股関節(右・左) ☐ 膝関節(右・左) ☐ 下肢MRA(要相談) ☐ 子宮・卵巣 ☐ 前立腺 ☐ その他()			
MRI 確認項目※有の場合、事前に応相談			
● 体内留置物 (有の場合、下記に詳細を記入してください) ☐ 有 ☐ 無 ペースメーカー/インスリンポンプ/脳室シャントチューブ/人工中耳/マグネットタイプの義歯/歯列矯正/その他 () ● 刺青、タトゥー、アートメイク、ジェルネイルをしている ☐ 有 ☐ 無 ● (女性の方のみ) 妊娠の可能性がある、妊娠している ☐ 有 ☐ 無			
自由記載欄 (その他ご要望・連絡事項)			

＜検査当日の注意事項＞

安全確認のため、体内金属・医療機器・金属片・インプラント等がある方は、事前に必ずお知らせください。
 また、検査当日は薄化粧でジェルネイル・LEDまつげエクステ・カラーコンタクト等は避けてご来院ください。
 (女性の方はワイヤーや金具のない下着だとスムーズです)



高槻やまざき脳神経外科
TAKATSUKIYAMAZAKI NEUROSURGERY

〒569-0802 大阪府高槻市北園町11-13 ノースガーデンビル1階

TEL.072-685-2274 FAX.072-685-2223