

宛先:富士市立中央病院 地域連携室 FAX 0545-53-3708/TEL 52-1131(内線 2917)

富士市立中央病院高度医療機器利用申込書 (頭部・頸部・胸部・腹部・脊椎・上肢・下肢)
(MRI・MRA)

依頼元病院・診療所名

依頼元医師ご氏名

連絡先 FAX - - TEL - -

●患者様情報

フリガナ		男・女	明治・大正・昭和・平成
患者様氏名			年 月 日生
患者様電話番号	()	別紙問診表に患者様の身長・体重をご記入願います	
検査希望日時			
病名または疑診名 日本語でお願いします			

●検査依頼目的と臨床所見(必ずご記入ください。)

ご希望のメディア
フィルム(上限4枚) / CD-R

MRI (単純・造影・単純+造影) MRA (単純・造影) 撮影方法及び部位を○で囲んでください

頭部系	頸部系	胸部系	腹部系		脊椎系	上肢系	下肢系
頭部	頸部	胸部	上腹部	腹部大動脈	頸椎	肩関節	股関節
頭部血管	甲状腺	心臓	下腹部	子宮・卵巣	胸椎	上腕部	大腿部
下垂体	頸部血管	乳房	腎臓	腹部胎児	胸腰椎移行部	肘部	膝関節
眼窩部	※頸椎ご希望の場合は「脊椎系」⇒よりお選び下さい	大動脈	副腎		腰椎	前腕部	下腿部
副鼻腔			前立腺		骨盤	手関節	足関節
聴器			精巣		仙尾骨	手部	足部
下顎部			膀胱			上肢血管	踵部
顔面			MRCP+上腹部				下肢血管
頭部VSRAD			MRU				

○ お申し込み受付後、地域連携室より「検査予約票」を返送いたします。到着後、お手数ですがそちらを患者様へお渡しください。また造影検査の場合は、別途「造影剤投与に関する同意書」もご用意ください。

●中央病院処理欄

患者ID	使用歴あり・新規	-	-
予約日時	月 日 ()	時	分~
			月 日 受付