

## FAX送付票

## 検査依頼書 (MRI)

社会医療法人 寿人会 木村病院  
入退院支援・地域連携部

FAX : 0778-51-0624

TEL : 0778-51-6171

申込日：西暦 年 月 日

## 紹介元

医療機関		医師氏名		Ⓔ
------	--	------	--	---

## 患者基本情報

ふりがな		性別	生年月日		
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	西暦	年	月 日 ( 歳 )
住所	〒 -				
TEL	- -				

※木村病院 記入欄 (ご記入不要です)

木村病院 受診歴： <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> 不明	木村病院 ID：
---------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

## MRI 依頼内容

検査予約日時	西暦	年	月	日	時	分
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 下腹部 ( <input type="checkbox"/> 子宮 ・ <input type="checkbox"/> 卵巣 ・ <input type="checkbox"/> 前立腺 )					
	<input type="checkbox"/> 脊椎 ( <input type="checkbox"/> 頸椎 ・ <input type="checkbox"/> 胸椎 ・ <input type="checkbox"/> 腰椎 ) <input type="checkbox"/> その他 :					
画像データ	<input type="checkbox"/> [検査当日] 患者さまへお渡し ・ <input type="checkbox"/> [後日] 貴院へ郵送					
読影レポート	<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない					

## 連絡事項

症状経過・検査結果
連絡事項

# 検査のご案内 (MRI)

社会医療法人 寿人会 木村病院

## ▼検査日時

西暦 年 月 日 時 分

\* 検査当日は、検査時間の10分前までに受付をお済ませください。

## ▼ご持参いただくもの

検査のご案内・検査依頼書・問診票

\* 受付時に、ご提出ください。

### 検査について

- ・ MRI検査は、磁場の中に入り人体の内部を画像化する検査です。
- ・ 検査中は大きな音がしますが、心配ありません。
- ・ 検査時間は30～40分ほどになります。
- ・ 当日は着替えていただく場合もございますので、着替えやすい服装でご来院ください。
- ・ 金属類や貴重品などの持ち込みが一切できません。
- ・ 当日は鍵の掛かるロッカーにご使用いただきます。

### ご注意

- ・ 心臓ペースメーカーや刺激電極を装備している方は検査できません。
- ・ 刺青や眉墨が入っている方は検査できません。
- ・ 脳動脈瘤クリップや金属ステントなど体内に金属が入っている方はご相談ください。
- ・ その他気になることがございましたら、木村病院 放射線科までお気軽にお聞きください。

\* 予約変更等のお問合せにつきましては、下記までお願いいたします。

医療法人 寿人会 木村病院  
入退院支援・地域連携部 0778-51-6171

