

MRI 検査申込書（診療情報提供書）
FAX 送信先：078-302-2251 地域医療連携センター神戸市立医療センター
中央市民病院宛

医療機関名：

【お問い合わせ先】

医師名：

TEL：078-302-6031

住所：

電話・FAX：

フリガナ		生年月日	年	月	日（才）
氏名 (旧姓)	男・女	TEL			
		当院受診歴	有	・	無
住所					
保険情報	【保険者番号】	【記号】	【番号】	本人・家族	
	【公費負担番号】	【公費受給者番号】	【負担割合等】		
	【公費負担番号】	【公費受給者番号】	【負担割合等】		
検査希望日	① 月 日 時頃	② 月 日 時頃	③いつでも可		
【撮影部位】	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 上肢（ <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 手：右 左） <input type="checkbox"/> 下肢（ <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足：右 左） <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
来院方法（独歩・車イス・ストレッチャー）	感染症（ ）				
主訴・臨床診断・検査目的等（注意事項や撮像方法等がありましたらご記入ください）					
診断名：					造影：有・無
【造影検査の方】	eGFR 値（ ）またはクレアチニン値（ mg/dℓ）				
MRI をお受けできない方 心臓ペースメーカー 人工内耳 体内神経刺激装置を使用されている方（MRI 対応機器含む） 仰臥位・安静の困難な方 鎮静の必要な方 意識障害のある方 妊娠中の方 ※ドレーン、人工骨頭・関節、プレート類、人工弁、動脈瘤クリップ、血管ステント、義肢、義眼を使用しているかたや、刺青をされている方は対応できない場合があります。					

※造影検査をお申し込みの方につきましては、「造影検査（MRI）に関する同意書」もご送付いたしますようお願いいたします。