

検査申込書 兼 診療情報提供書

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
			携帯TEL:

紹介元医療機関：名称
所在地
TEL
FAX
医師名

検査日	年 月 日 () 午前・午後 時 分
-----	---------------------

撮影種類	☐ 単純	☐ 造影	☐ CT	☐ MRI	
撮影部位	☐ 頭部	☐ 頸椎	☐ 胸椎	☐ 腰椎	☐ 胸部
	☐ 顎関節	☐ 上腹部	☐ 下腹部	☐ 骨盤部	☐ 下肢 (R・L)
	☐ 肩関節 (R・L)	☐ 股関節 (R・L)		☐ その他	
	☐ 肘関節 (R・L)	☐ 膝関節 (R・L)		〔 〕	
	☐ 手関節 (R・L)	☐ 足関節 (R・L)			

※病名
※ご依頼の理由
※造影検査の場合は必ず記載してください 体重： kg クレアチニン： ml/dl ビグアナイト系薬剤： 有 ・ 無 ※CD-R ☐患者渡し ☐郵送

◆検査前注意事項◆

- ・心臓ペースメーカー・人工内耳・埋め込み型除細動器などがある場合には検査は出来かねますので、ご了承ください。
- ・体内金属がある場合には、スタッフへお申し付けください。
- ・妊娠の可能性がある方は、スタッフへお申し付けください。
- ・造影・鎮静検査の方は、お薬手帳の持参をお願いします。

鎌倉脳神経MRIクリニック

〒248-0012 鎌倉市御成町1-12江ノ電鎌倉ビル3階

TEL 0467-23-6737 / FAX 0467-23-6738