依頼日　　年　　月　　日

放射線画像検査申込書（MRI）

帝京大学ちば総合医療センター　行
TEL ： 0436-62-1331(地域医療連携室)
FAX ： 0436-62-0025（地域医療連携室）

受付時間　：　平日9:00～16:30

所在地 ：
医療機関名 ：
TEL ：
FAX ：
医師名 ：　　印

☆ 記入もれのないようお願いいたします。 記入もれがありますと、確認のためお時間がかかることがございます。

フリガナ		生年月日（和暦）	T S H R　年　月　日（　歳）		男 ・ 女
患者氏名					
フリガナ		帝京大学ちば総合医療センター受診歴　有 ・ 無 ※受診歴がある方（診察券番号　－　－　）			
旧姓 ※該当の方のみ記入					
住所	〒				
患者連絡先	（　）	身長	cm	体重	kg
その他	妊娠 ： ☐ 無 ☐ 有（　週 ） ※女性のみ 感染症 ： ☐ 無 ☐ 有（　） ☐ 不明 移動形態 ： ☐ 単独歩行可 ☐ 歩行可（要介助） ☐ 車椅子 ☐ ベッド				

必要な撮影種類・撮影区分・部位を指定してください。（それぞれ1ヶ所）

撮影種類	撮影区分	部　位
☐ MRI 単純撮影	☐ 頭部	☐ 脳　☐ 眼窩　☐ 下垂体　☐ 副鼻腔　☐ 頭部MRA　☐ 頭部及び頚部MRA
	☐ 頚部	☐ 咽頭及び喉頭　☐ 甲状腺　☐ 唾液腺
	☐ 胸部	☐ 胸部　☐ 縦隔
	☐ 腹部	☐ 上腹部（肝胆膵）　☐ 肝臓　☐ MRCP　☐ 腎臓　☐ 副腎
	☐ 骨盤	☐ 子宮、卵巣　☐ 膀胱、前立腺
	☐ 脊椎	☐ 頚椎　☐ 胸椎　☐ 腰椎　☐ 仙椎
	☐ 上肢	【ひだり・みぎ】 ☐ 肩関節　☐ 肘関節　☐ 手関節　☐ 手指
	☐ 下肢	【ひだり・みぎ】 ☐ 膝関節　☐ 足関節　☐ 足趾　【 両 ・ ひだり ・ みぎ 】 ☐ 股関節
	※ 確認事項	心臓ペースメーカー挿入（ 無 ・ 有 ）　義歯（入れ歯含む）（ 無 ・ 有 ） 体内金属（ 無 ・ 有 ）　閉所恐怖症（ 無 ・ 有 ） 補聴器（ 無 ・ 有 ）　刺青・タトゥー（ 無 ・ 有 ）
特記事項	※ ご都合の悪い日時がございましたら、こちらに記入をお願いいたします。 なければ、最短のお日にちでのご案内となります。	