

【MRI】共同利用依頼書（事前申込み書）

紹介先医療機関

福岡リハビリテーション病院

住所：福岡市西区野方7-770

TEL：092-812-1880（コールセンター）

「MRI検査依頼」とお申し付けください

FAX：092-812-1589

紹介元医療機関

医師：

TEL：

FAX：

下記患者様について、MRI検査の共同利用を申し込みます。

なお、検査時に患者様に対する緊急処置が生じた場合は、貴院の医師へ一任いたします。

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者氏名		男 女	明 大 昭 平 年 月 日	歳
携帯電話				
検査日時	年 月 日	時 分	検査時間の15分前には ご来院ください	
検査部位				
病歴 検査目的				
事前 チェック項目	心臓ペースメーカー・DBS(深部脳刺激)	+ . -	補聴器・人工内耳	+ . -
	心臓ステント・人工弁	+ . -	刺青	+ . -
	動脈瘤クリップ	+ . -	妊娠中・妊娠の可能性	+ . -
	脳室・腹腔(V-P)シャント	+ . -	約30分の安静	可 . 不可
	人工骨頭・人工関節	+ . -	備考	
	その他の体内金属	+ . -		
上記項目に該当する方は、検査ができない場合があります。				

予約時	電話(092-812-1880)で予約し、当書類をFAX患者様に当書類をお渡しください。	検査日	福岡リハビリテーション病院の総合受付へ当書類を提出
-----	--	-----	---------------------------