

診療情報提供書（検査申込書）

貴院名	依頼医師名

患者様情報

フリガナ	性別	生年月日	備考
氏名	男・女	T・S・H 年 月 日	

医療情報

症状または病名			
依頼検査	MRI (3.0テスラ)	<input type="checkbox"/> 頭部 (MRI.MRA)	<input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 眼窩
		<input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRI	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎
		<input type="checkbox"/> 上腹部・MRCP <input type="checkbox"/> 腎・副腎	<input type="checkbox"/> 四肢・関節 ()
		<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺・膀胱	<input type="checkbox"/> その他部位 ()
	マルチスライスCT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 眼窩
		<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部
<input type="checkbox"/> その他			

結果報告方法

※画像データ (DVD-R) を患者様にお渡しします。

読影 要 不要

MRI検査の場合下記事項のチェックをお願いいたします。

■ 体内金属 (心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・ステント・その他) (詳細) ※ありの場合、検査ができない場合があります。	あり・なし
■ 閉所恐怖症	あり・なし
■ じっとしてられない	あり・なし
■ 入れ歯・インプラント (磁石で固定するもの)	あり・なし
■ 刺青・アートメイク	あり・なし

検査予定日	平成 年 月 日	検査時間	: ~ :
-------	----------	------	-------

※原則として検査開始 20 分前のご来院を患者様にご指示ください。





豊田脳神経外科クリニック

TOYODA Neurosurgery CLINIC

交通案内

JR埼京線

「北戸田駅下車」

西口より徒歩3分



診療科目・内容

脳神経外科・神経内科・放射線科

3.0テスラMRI・16列マルチスライスCT
超音波診断装置

お問い合わせ時間

■平日 9:00~12:00 / 14:30~18:00 ■土曜 9:00~14:00

■休診日 木曜・日曜・祝日

患者さまへ

検査予約日時 月 日 時 分より

- 持参するもの:健康保険証(各種医療証)、紹介状
- 検査開始**20分前**にご来院ください。当日は、所要時間は約1時間を目安にしてください。(診療の都合で多少お待ちする場合がございます。)
- お問い合わせは、恐れ入りますが、上記**お問い合わせ時間内**にお願い致します。

ご担当先生ご記入欄

次回診察日 月 日

検査部位(MRI CT)

※検査部位をご記入の際はMRIかCTのいずれかにを入れてください。

お問い合わせ

☎048-430-0030

〒335-0021 埼玉県戸田市新曽2163-1

豊田脳神経外科クリニック  <http://www.toyoda-nsc.com>

