

CT・MRI・RI検査予約申込用紙

送信先:新潟医療生活協同組合 木戸病院 地域医療連携室

TEL:025-256-6700 FAX:025-256-6710

紹介元医療機関:

医師名: _____ 先生

TEL: _____ FAX: _____

フリガナ			男・女	生年月日	明・大・昭・平		
					年	月	生
患者氏名					()
住 所	〒			TEL			

希望検査 CT MRI RI

検査部位、内容など ()

造影剤使用(CT/MRIの場合) する しない

読影希望 あり なし

データ希望 要(CD ・フィルム) 不要

予約希望日 年 月 日 ()

※予約調整を行いますが、ご希望通りにお取りできない場合もあります。予めご了承下さい。

検査目的

MR I 検査 事前問診票

氏名 (才) 男・女 入院・外来

体重 k g 記入日：平成 年 月 日

1. MR I 検査を受けたことがありますか? (いいえ・はい・わからない)
検査部位 ()
2. 手術をしたことがありますか? (いいえ・はい・わからない)
どんな手術ですか? ()
3. 心臓ペースメーカー
埋込式除細動器 } を使用していますか? (いいえ・はい・わからない)
4. MRI 用の造影剤を使用したことがありますか? (いいえ・はい・わからない)
5. 造影剤を使用した際、気分が悪くなったり、皮膚が赤くなったことがありますか?
(いいえ・はい・わからない)
6. 狹い所に入ると気分が悪くなることがありますか? (いいえ・はい・わからない)
7. 補聴器、人工内耳、コンタクトレンズを使用していますか?
(いいえ・はい・わからない)
8. 入れ歯、又は磁石を使用した入れ歯、インプラントを装着していますか?
(いいえ・はい・わからない)
9. (女性のみ) 現在妊娠中ですか? (いいえ・はい・わからない)
10. (女性のみ) 授乳中ですか? (いいえ・はい)
11. その他、お気づきのことがありましたら、ご記入ください。

医師署名