

# 検査予約申込書

**米田病院 検査予約受付窓口**

**TEL:080-4806-9553**

電話にて予約確定後、必要事項をご記入のうえ、  
本申込書をFAXにてご送信ください

**FAX送信先 052-531-7869**

●電話受付時間： (※日祝休診)  
月・火・水・金 9:00～17:00  
木・土 9:00～11:30

紹介元医療機関

名称:

所在地:

医師名:

TEL:

FAX:

|         |      |         |   |   |      |   |  |  |        |       |   |                 |    |  |  |  |  |  |
|---------|------|---------|---|---|------|---|--|--|--------|-------|---|-----------------|----|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 |      |         |   |   |      |   |  |  |        | 保険者番号 |   |                 |    |  |  |  |  |  |
| 受給者番号   |      |         |   |   |      |   |  |  |        | 記号・番号 |   |                 |    |  |  |  |  |  |
| 受診者名    | フリガナ |         |   | 男 | 負担割合 |   |  |  | 有効期限   | 年     | 月 | 日               |    |  |  |  |  |  |
|         |      |         |   | 女 | 割    |   |  |  | 被保険者氏名 |       |   |                 | 続柄 |  |  |  |  |  |
| 住所      | 生年月日 | T・S・H・R | 年 | 月 | 日    | 歳 |  |  | 資格取得   | 年     | 月 | 日               |    |  |  |  |  |  |
|         | 〒    |         |   |   |      |   |  |  |        |       |   | 乳障母番号           |    |  |  |  |  |  |
|         |      | TEL     |   |   |      |   |  |  |        |       |   | 身長・体重 ( cm/ kg) |    |  |  |  |  |  |

**検査予約枠**

月・火・水・金 9:30～12:30 / 15:30～17:30  
木・土 9:30～12:00

検査項目 (当院ルーチン撮影とさせていただきます)

※MRIは1部位のみ選択

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 単純MRI                                | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 上肢 (R・L )                      |
|                                      | <input type="checkbox"/> 下肢 (R・L ) <input type="checkbox"/> その他 ( )  |
| ※撮影条件の指定があればご記入ください ( )              |  |
| 単純CT                                 | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 |
|                                      | <input type="checkbox"/> 上肢 (R・L ) <input type="checkbox"/> 下肢 (R・L ) その他 ( )  |
| <input type="checkbox"/> 骨密度測定 (DXA) |  |

**MRI検査前 (一部CT検査) チェック項目**

※安全性が確認できない場合、検査を実施できないことがあります

|      |  |
|------|--|
| 絶対禁忌 | <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> ICD (埋め込み型除細動器) <input type="checkbox"/> 義眼・眼窩内金属  |
| 原則禁忌 | <input type="checkbox"/> スtent・クリップ <input type="checkbox"/> 人工関節等 <input type="checkbox"/> 歯科矯正ワイヤー・インプラント・ブリッジ<br><input type="checkbox"/> 乳房エキスパンダー <input type="checkbox"/> 脳室シャントチューブ <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性 (CT検査時確認)<br>※上記に該当のある場合、実施施設に各種検査に対応しているか確認をお願いします |
| 適応注意 | <input type="checkbox"/> 刺青・アートメイク・マグネットネイル (変色・火傷の恐れあり) <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症  |

※必須 **上記MRI検査前チェック項目について、紹介元医療機関の責任において確認し、患者様へ説明しました**

診察・検査を下記の日時に予約いたしました。下記の必要書類をご持参ください

検査日 年 月 日 午前・午後 時 分

30分前に『米田病院』1Fに来院してください

当日の持ち物:紹介状 (診療情報提供書),マイナンバーカード,検査予約申込書 (本用紙)