MR 診療情報提供書 NHO宇多野病院 検査申込書

【送信先】 FAX 075－275－7431
国立病院機構 宇多野病院 地域医療連携室 （受付時間 平日 8:30～17:00）

【紹介元】

貴医院名		申込日	西暦　　年　　月　　日
		診療科	
		医師名	
住所	〒（　　－　　） 電話番号（　　）　　－　　FAX（　　）　　－		

【受診者情報】

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		男 ・ 女	西暦　　年　　月　　日 （　　歳）
住所	〒（　　－　　） 日中連絡が取れる電話番号→　（　　）　　-		
主訴又は病名		既往歴	
目的・症状等			
宇多野病院 受診歴	□有 □無 □不明	着替え・移乗時の介助	□不要 □必要→特記事項（　　）

※保険番号	保険者番号		※公費番号	公費負担番号	
	記号・番号			受給者番号	
	本人家族の別	本人 ・ 家族		負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割

※保険証（写）をFAXしていただいた場合、記入は不要です

【予約項目】

現在は検査時間を午後のみとさせていただいています
また、時間の融通が利く場合、複数チェックがあると助かります↓

MR希望日時

月　　日（　　）

□ 09:00 ～ 10:00
□ 10:00 ～ 11:00
□ 11:00 ～ 12:00
□ 13:00 ～ 14:00
□ 14:00 ～ 15:00
□ 15:00 ～ 16:00
読影不要または結果郵送時のみ → □ 16:00 ～ 17:00

MR検査部位

MR頭頸部
□ 頭部・脳　□ 頸部　□ 眼窩（視神経）　□ 内耳　□ 副鼻腔　□ 下垂体
□ 頭部MRA　□ 頭頸部MRA　□ 頸部MRA　□ 頭部MRV

MR脊椎
□ 頸椎　□ 胸椎　□ 腰椎　□ 全脊椎

MR体幹部
□ 胸部　□ 腹部（肝臓／腎臓）　□ MRCP　□ 骨盤部　□ 子宮・卵巣　□ 前立腺

MR四肢（同日に左右同時に検査はできません。）

	右	左		右	左		右	左
□ 肩関節	□	□	□ 上腕	□	□	□ 肘関節	□	□
□ 前腕	□	□	□ 手関節	□	□	□ 手	□	□
□ 両股関節			□ 大腿	□	□	□ 膝関節	□	□
□ 下腿	□	□	□ 足関節	□	□	□ 足	□	□

検査結果

※下記要望がなければ、検査画像（CD-R）と読影結果（用紙）を郵送にて提供致します
□ 読影不要　□ 郵送せずに手渡し（検査後、約1時間かかる旨の説明をお願いします）
→（例）両方にチェックを入れた場合、検査画像（CD-R）のみを受診者に当日手渡します

令和7年7月25日　更新