



# MRI 検査予約申込書 (診療情報提供書)

令和 年 月 日

紹介先：県立広島病院	
〒734-8530 広島市南区宇品神田1丁目5-54 患者総合支援センター (地域連携室)	
TEL	082-252-6241
FAX	082-252-6240

紹介元医療機関	
所在地	
医療機関名	
氏名	Ⓜ
TEL	
FAX	

紹介患者情報			
ふりがな		生年月日	大・昭・平・令
患者氏名			年 月 日 歳
当院診察券番号		性別	男 ・ 女
住所	〒		
電話番号	(9:00～17:00 に連絡可能な番号)		

※当院の診察券をお持ちの方、受診歴がある方は、「氏名」、「生年月日」、「診察券番号」の記入で結構です。  
※診察券をご持参ください。

検査内容 ○印をつけて ください	単 純 部 位	[ 頭 部 ・ 脊 椎 ・ 四 肢 ・ そ の 他 ( ) ] [ 上 腹 部 ・ M R C P ・ 骨 盤 部 ]
------------------------	---------	--

(注)上腹部・MRCP・骨盤部を検査する場合、検査開始4時間前より絶食、2時間前より絶飲

検査希望 日時	① 第一希望	下記の方は原則禁忌です ● 心臓ペースメーカー ● 埋め込み型除細動器 ● 人工内耳 ● 神経刺激装置などの体内電子装置装着 ● 可動型(マグネット式)義眼 ● 血管へのステント留置術を4週間前に受けた ● 妊娠 16 週未満
	月 日 ( ) 時 分	
	② 第二希望	
日 時	月 日 ( ) 時 分	
	③ いつでもよい	

傷病名・紹介目的・既往歴・症状経過・現在の処方・備考 (ペースメーカーの有無等)
.....
.....
.....

※当日に別途紹介状を頂ける場合、この申込書は簡潔な記入で結構です。  
※検査後のデータ受け渡しは、CD-R もしくは DVD-R となります。  
※「条件付き MRI 対応デバイス」がある方の検査については、ご相談ください。