診療情報提供書　（兼MRI検査問診票）

かねこ脳神経外科リハビリクリニック宛　TEL:072-764-5560　FAX:072-764-5205

患者氏名		性別：　男性　・　女性	
生年月日	年　月　日	年齢：　（　　）歳	
	※身長：（　　）cm	※体重：（　　）kg　※記入必須	
傷病名			
紹介目的			
症状			

MRI撮像部位　（※　当院では造影検査は行いません）

□　頭部　（脳・脳+MRA）　□　頸部MRA

□　脊椎　（頸椎・胸椎・腰椎）

□　関節　（左・右）（肩・肘・手・股・膝・足）　□　その他

※　腹部など他部位の撮像につきましては、事前にご相談ください

読影レポート	□　希望しない	□希望する（後日郵送いたします）
画像CD-R	□　希望しない	□希望する

禁忌項目　（該当する場合は検査はできません）　該当する場合はレ点をお願いします

□　閉所恐怖症

□　心臓ペースメーカー（MRI対応型でも不可）

□　体内埋め込み型生命維持装置（人工内耳・神経刺激装置・迷走神経刺激装置など）

□　2000年以前に施行された血管クリップやステントなど

□　妊娠されている方（胎児への安全性が未確立であるため）

□　上記、禁忌事項に該当しない

確認項目　該当する場合はレ点をお願いします

□　医原性、外傷などで体内に金属が入っている

（脳動脈クリップ、大腿骨人工骨頭、心臓人工弁、ステント、コイル、義眼、避妊用金属リング留置針、その他【　　】）

□　磁石式の入れ歯がある

□　刺青やアートメイクをしている

□　その他　（　　）

□　上記、確認事項に該当しない

禁忌、確認項目について患者さんに確認し、MR検査を受けることの同意を得ました。

年　月　日　医療機関：

依頼医：

MRI検査予約票

脳神経外科・内科・リハビリテーション科
かねこ脳神経外科リハビリクリニック
Kaneko Neurosurgery & Rehabilitation Clinic

TEL:072-764-5560　FAX: 072-764-5205

検査予約日

月　　日　（　　）

午前　・　午後　　時　　分　～

MRI検査があります
当日は上記検査予約時間の15分前までに以下の書類を、
かねこ脳神経外科リハビリクリニック（検査医療機関）の受付に提出ください。

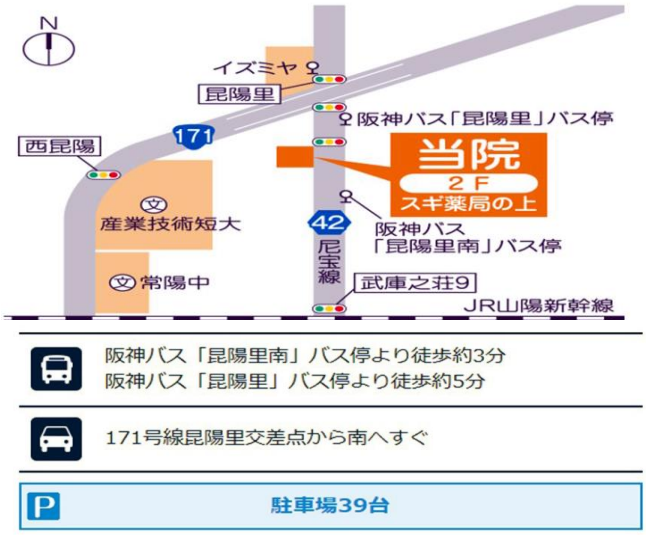
- **本予約票**
- **MR検査問診票**
- **診療情報提供書（紹介状）**
- **健康保険証**

かねこ脳神経外科リハビリクリニック
〒664-0874 兵庫県伊丹市山田5-3-3 スギ薬局昆陽店2F

診療時間

診療時間	月	火	水	木	金	土	日
9:00~12:00	●	●	●	●	●	●	/
15:00~18:00	●	●	●	/	●	/	/

休診日　木曜午後、土曜午後、日曜、祝日

診療科目

脳神経外科、内科、リハビリテーション科