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

フリガナ 患者氏名		住所： TEL：
性別	男性　・　女性	生年月日：　年　月　日（　）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）　□　頚部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　□マグネットネイル・ジェルネイル（検査当日までに除去）

□　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	ご来院時間
月	日（　）
午前 ・ 午後	時　分

※ご来院時間に遅れた場合、順番が前後する可能性があります。
遅れる場合は必ずお電話ください。

・当日は上記ご来院時間の約30分後にMRI検査を開始します。
・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。
・操作が可能な患者様は、右記QRコードより問診・同意書のご入力をお願いいたします。

MRI問診票同意書

◆ 本予約票
◆ 診療情報提供書
◆ マイナンバーカードもしくは資格確認証

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

