



M R I 検査申し込み方法

- 必要なもの
1. M R I 検査申込書兼診療情報提供書
 2. M R I 検査予約票 (病院への案内図)
 3. M R I 検査の事前調査票 (初診申込兼用)

1. PETセンターに電話でお申し込みをいただき、検査日を確定します。(検査予約枠の確定)
足りない書類があればここでご請求ください。
検査結果は原則郵送としています。
FAXを希望される場合はお申し出ください。

検査予約受付時間
月～土の祝日を除く
午前9時～午後5時

検査予約可能時間
月～土の祝日を除く
午前9時～午後4時
予約状況によってご希望に沿えない場合があります。

TEL : 042-566-3534

2. 『MRI検査申込書兼診療情報提供書』へもれなく記入してFAX送信。
『MRI検査予約票』にも検査日時を記入しておいてください。
※造影検査の場合、説明書 問診票 同意書を渡し説明の上同意をいただいでください。

FAX : 042-566-3318

3. 患者さまにお渡しいただくもの

- ①MRI検査予約票
- ②MRI検査の事前調査票
- ③MRI検査申込書兼診療情報提供書(2枚目)を入れた封筒
- ④画像データ(X線・CT等)

事前に当院へ直接送付いただいても結構です。検査終了後返却いたします。

※造影検査の場合、同意書の説明医師欄にサインの上、⑤説明書 ⑥問診票 ⑦同意書をお渡しください。

■ MAGNETOM Avanto (Siemens) 1.5T

当院で導入したMRIは、大きく開いたガントリ開口部、明るいガントリ内部、騒音の軽減を実現したもので、大きな安心感のもとで快適な検査が受けられます。さらに、従来の装置では不可能であった広い範囲の撮像が可能となり、全身を撮像できます。



武蔵村山病院 MRI検査申込書 ご記入の方法

2枚つづり(複写)となっておりますので、ゴム印などで押印をされる場合はご注意ください。

*印はすべてご記入ください。

XP, CT等撮像済みの場合は患者さまに持たせていただくようお願いします。

1枚目 貴院控え 2枚目 患者さまへ

1、貴院名と医師名をご記入ください

2、当院からお伝えした検査日時をご記入ください

3、患者さまの氏名・性別・生年月日・連絡先をご記入ください

4、検査部位について□にV(チェック)をお入れください

5、傷病名、症状、検査目的などを
ご記入ください

6、造影について□にV(チェック)をお入れください
※造影検査の場合は同意書(別紙)の説明医師の欄にサインをお願いします

7、患者さまの状況をお知らせください
※はい・いいえのどちらかに○をお付けください
()内には必要事項を記入ください

8、記入もれが無いかな確認いただき、FAXで送信してください。

※ XP, CT等撮像済みの場合は患者さまに持たせていただくようお願いします。