

MR 検査依頼票

TEAM MEDICAL CLINIC

MR検査依頼票

紹介先医療機関名 チームメディカルクリニック

チームメディカルクリニック用

TEL 03-6206-1408 FAX 03-6206-6563 (診療科直通)

依頼日 西暦 年 月 日

フリガナ お名前	紹介元医療機関名
性別 男 ・ 女	所在地 〒
生年月日 年 月 日	電話番号 - -
電話番号(携帯) - -	診療科名 担当医師名 印

住所 〒	身長 _____ cm
	体重 _____ kg
予約日時 月 日 () 午前 午後 時 分	ご予約の10分前にお越しください。

下記質問事項にチェックをお願いいたします。

① 体内金属がある (心臓ペースメーカー・人工内耳・頸動脈クリップ・その他の体内金属)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	はい→検査ができない場合があります。
② 刺青・アートメイク・カラーコンタクト・ジェルネイルがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	はい→検査ができない場合があります。
③ 入れ歯やインプラントをしている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	はい→検査ができない場合があります。
④ 狭い空間が苦手である (閉所恐怖症)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	はい→検査ができない場合があります。
⑤ 妊娠している、または妊娠の可能性がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	はい→検査ができない場合があります。

傷病名 紹介目的	脳	<input type="checkbox"/> ルーチン <input type="checkbox"/> C+	頸椎	<input type="checkbox"/> ルーチン
		<input type="checkbox"/> ルーチン+ネック	胸椎	<input type="checkbox"/> ルーチン
		<input type="checkbox"/> ルーチン+ブランク	腰椎	<input type="checkbox"/> ルーチン
既往歴 現在の処方	股関節	<input type="checkbox"/> ルーチン	肩関節	<input type="checkbox"/> ルーチン(右・左)
	膝関節	<input type="checkbox"/> ルーチン(右・左)	肘関節	<input type="checkbox"/> ルーチン(右・左)
	足関節	<input type="checkbox"/> ルーチン(右・左)	手関節	<input type="checkbox"/> ルーチン(右・左)
	その他	検査部位()		
	造影	<input type="checkbox"/> 有 ※要電話連絡 <input type="checkbox"/> 無		

備考			
----	--	--	--

読影結果	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> ご紹介元医療機関へ郵送 <input type="checkbox"/> 緊急・当日患者様へお渡し	画像データ	<input type="checkbox"/> 当日患者様へお渡し <input type="checkbox"/> ご紹介元医療機関へ郵送
------	---	-------	--

医師	看護師	技師	受付	本人署名

MR検査依頼票

紹介先医療機関名 チームメディカルクリニック

貴院控え用

TEL 03-6206-1408 FAX 03-6206-6563 (診療科直通)

依頼日 西暦 年 月 日

フリガナ お名前	紹介元医療機関名		
性別 男 ・ 女	所在地 〒		
生年月日 年 月 日	電話番号 - -		
電話番号(携帯) - -	診療科名	ご担当医師名 印	
住所 〒	身長 _____ cm	体重 _____ kg	
予約日時 月 日 () 午前 午後 時 分	ご予約の10分前にお越しください。		
下記質問事項にチェックをお願いいたします。			
① 体内金属がある (心臓ペースメーカー・人工内耳・頸動脈クリップ・その他の体内金属)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	はい→検査ができない場合があります。
② 刺青・アートメイク・カラーコンタクト・ジェルネイルがある		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	はい→検査ができない場合があります。
③ 入れ歯やインプラントをしている		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	はい→検査ができない場合があります。
④ 狭い空間が苦手である (閉所恐怖症)		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	はい→検査ができない場合があります。
⑤ 妊娠している、または妊娠の可能性がある		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	はい→検査ができない場合があります。
傷病名 紹介目的	脳	<input type="checkbox"/> ルーチン <input type="checkbox"/> C+	頸椎 <input type="checkbox"/> ルーチン
		<input type="checkbox"/> ルーチン+ネック	胸椎 <input type="checkbox"/> ルーチン
		<input type="checkbox"/> ルーチン+ブランク	腰椎 <input type="checkbox"/> ルーチン
	股関節	<input type="checkbox"/> ルーチン	肩関節 <input type="checkbox"/> ルーチン(右・左)
既往歴 現在の処方	膝関節	<input type="checkbox"/> ルーチン(右・左)	肘関節 <input type="checkbox"/> ルーチン(右・左)
	足関節	<input type="checkbox"/> ルーチン(右・左)	手関節 <input type="checkbox"/> ルーチン(右・左)
	その他	検査部位()	
	造影	<input type="checkbox"/> 有 ※要電話連絡	<input type="checkbox"/> 無
備考			
読影結果	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> ご紹介元医療機関へ郵送 <input type="checkbox"/> 緊急・当日患者様へお渡し		画像データ <input type="checkbox"/> 当日患者様へお渡し <input type="checkbox"/> ご紹介元医療機関へ郵送

医師	看護師	技師	受付	本人署名

TEAM MEDICAL CLINIC

MR検査依頼票

紹介先医療機関名 チームメディカルクリニック

本人控え用

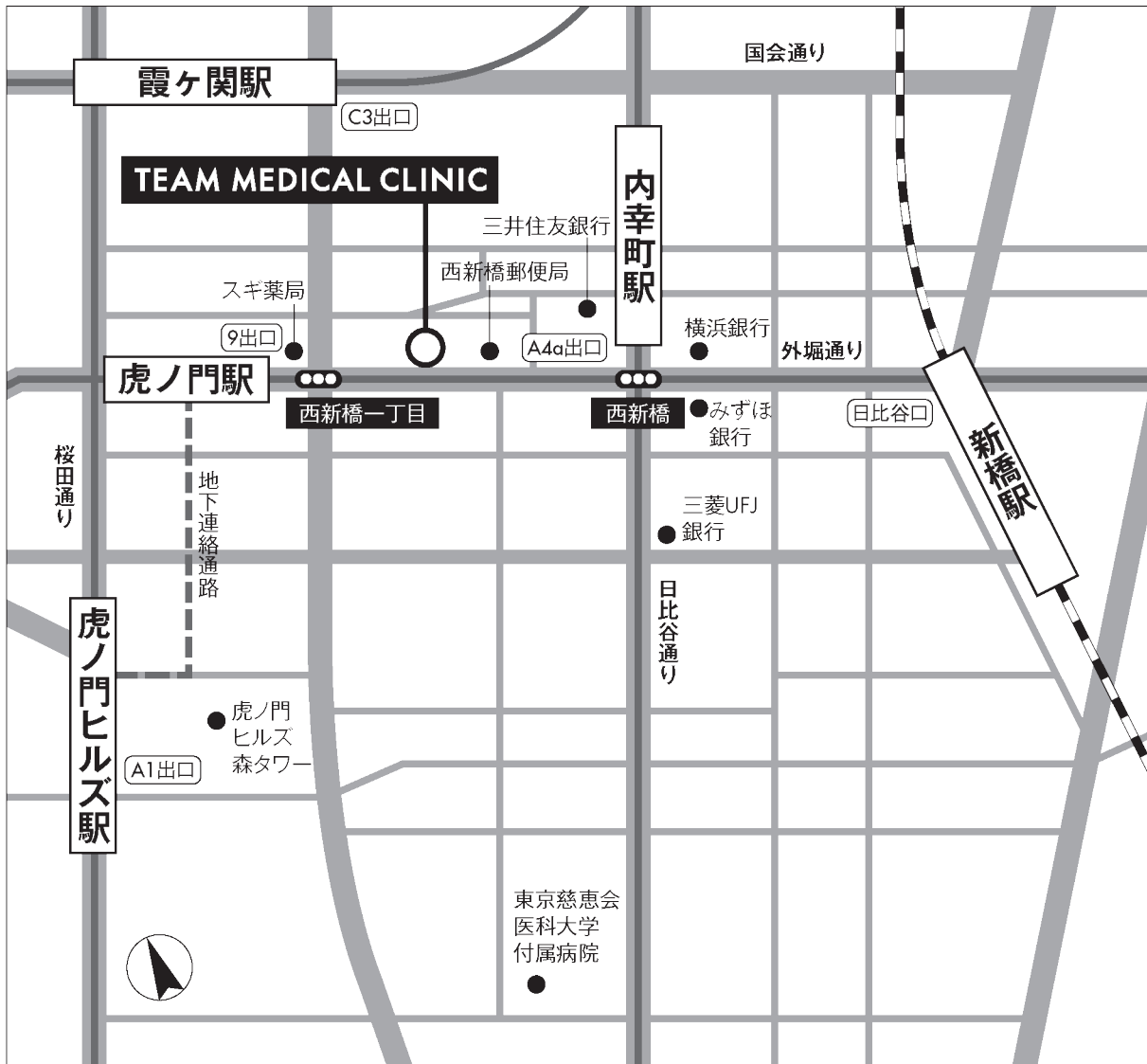
TEL 03-6206-1408 FAX 03-6206-6563 (診療科直通)

依頼日 西暦 年 月 日

フリガナ お名前	紹介元医療機関名		
性別 男 ・ 女	所在地 〒		
生年月日 年 月 日	電話番号 - -		
電話番号(携帯) - -	診療科名		ご担当医師名 印
住所 〒	身長	_____ cm	
	体重	_____ kg	
予約日時	月 日 ()	午前 時 分 午後 時 分	ご予約の10分前にお越しください。
下記質問事項にチェックをお願いいたします。			
①体内金属がある(心臓ペースメーカー・人工内耳・頸動脈クリップ・その他の体内金属)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	はい→検査ができない場合があります。
②刺青・アートメイク・カラーコンタクト・ジェルネイルがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	はい→検査ができない場合があります。
③入れ歯やインプラントをしている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	はい→検査ができない場合があります。
④狭い空間が苦手である(閉所恐怖症)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	はい→検査ができない場合があります。
⑤妊娠している、または妊娠の可能性がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	はい→検査ができない場合があります。

本人署名

TEAM MEDICAL CLINIC



交通機関

都営三田線 内幸町駅	A4a出口	徒歩 1分
東京メトロ銀座線 虎ノ門駅	9出口	徒歩 4分
東京メトロ千代田線 霞ヶ関駅	C3出口	徒歩 6分
東京メトロ日比谷線 虎ノ門ヒルズ駅	A1出口	徒歩10分
JR 新橋駅	日比谷口	徒歩 7分

TEAM MEDICAL CLINIC

医療法人社団 天太会 チーム メディカル クリニック

〒105-0003 東京都港区西新橋 1-5-14 内幸町 1ビル 1階・2階
 TEL.03-6206-1408 FAX.03-6206-6563 www.team-medical.or.jp
 受付時間 9:30-18:00 (休診日：土・日・祝祭日)

