

病診連携 MRI検査依頼書(診療情報提供書)

下田メディカルセンター
地域医療連携室行き

FAX番号 0558-25-1616

貴院ご担当 _____

医療機関名	医師名
電話番号	FAX番号

フリガナ _____

患者氏名 _____ 性別 (男 ・ 女)

生年月日 (M ・ T ・ S ・ H) _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者住所 _____ 患者電話番号 (_____ - _____ - _____)

1検査1部位でお願いします

主訴・目的(病歴)

病歴経過

読影希望 (有 ・ 無)

妊娠 (有 ・ 無) 喘息 (有 ・ 無) その他のアレルギー (有 ・ 無)

造影の場合 造影剤アレルギー (有 ・ 無)

(要チェック) 1ヶ月以内の血液検査(腎機能)の異常 (有 ・ 無)

※ 注意 造影検査の場合は4時間前から食事はとらないで下さい。

M R I 撮 影 部 位	脳	単純 (<input type="checkbox"/> 全脳MRA有 <input type="checkbox"/> 全脳MRA無 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 小脳・脳幹 <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> その他)
		造影 (<input type="checkbox"/> 全脳MRA無 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 小脳・脳幹 <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> その他)
	頭頸部	単純 (<input type="checkbox"/> 舌・咽頭 <input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 軟部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他)
		造影 (<input type="checkbox"/> 舌・咽頭 <input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 軟部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他)
	脊椎(髄)	単純 (<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他)
		造影 (<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他)
	腹部	単純 (<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 軟部 <input type="checkbox"/> その他)
		造影 (<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 軟部 <input type="checkbox"/> その他)
	骨盤腔	単純 (<input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 両側股関節 <input type="checkbox"/> 軟部 <input type="checkbox"/> その他)
		造影 (<input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 両側股関節 <input type="checkbox"/> 軟部 <input type="checkbox"/> その他)
	上肢	単純 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 (<input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 前腕骨)
		造影 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 (<input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 関節 <input type="checkbox"/> 前腕骨)
	下肢	単純 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 (<input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 下腿骨 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 趾骨 <input type="checkbox"/> 踵骨)
		造影 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 (<input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 下腿骨 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 趾骨 <input type="checkbox"/> 踵骨)
	その他	単純 (<input type="checkbox"/> その他)
		造影 (<input type="checkbox"/> その他)

MRA 撮影部位 動脈 単純 (頭部 頸部 下肢 その他)

特記事項・その他受診希望日 _____

お申込み手順 ・ ご記入後、下田メディカルセンター地域医療連携室(0558-25-1616)までファックスにてお申込み下さい。
 予約受付後、ファックスにて予約票を送ります。
 ・ 依頼書はコピーをとって原本は貴院控えに、コピーは予約票と一緒に患者様にお渡し下さい。
 患者様は予約日の予約時間30分前には医事課窓口にて書類と保険証、当院診察券(通院歴がある方)を提出して下さい。

※ お問い合わせは、下田メディカルセンター 地域医療連携室(0558-25-3535)までご連絡下さい。