

診療情報提供書 (MRI検査用)

公立高島病院 宛

平成 年 月 日

医療機関名称		TEL ()
住 所		FAX
医 師 名		()

フリガナ		生年月日：M・T・S・H 年 月 日生
患者氏名		性 別： 男 ・ 女 (才)
住 所		TEL： ()

患者診療情報

(検査目的についてはできるだけ詳しくご記入ください)

主訴または病名	感染症 (有・無) MRSA・HCV・HB・TPHA・その他 ()
検査目的：	

<p>検査部位：該当する部位を1つ選び、☑してください。</p> <p><input type="checkbox"/>頭 部 <input type="checkbox"/>頭頸部 <input type="checkbox"/>頸 部 <input type="checkbox"/>上腹部 <input type="checkbox"/>骨盤部</p> <p><input type="checkbox"/>脊 椎 <input type="checkbox"/>全脊椎 <input type="checkbox"/>頸 椎 <input type="checkbox"/>胸 椎 <input type="checkbox"/>腰 椎 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/>上 肢：(左・右) <input type="checkbox"/>肘関節 <input type="checkbox"/>手関節 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/>下 肢：(左・右) <input type="checkbox"/>股関節 <input type="checkbox"/>膝関節 <input type="checkbox"/>足関節 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/>特殊撮像：<input type="checkbox"/>頭部MRIアンギオ <input type="checkbox"/>MRCP <input type="checkbox"/>その他 ()</p>	<p>チェックリストは必ずご記入ください</p> <p>手術歴 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 (種類)</p> <p>手術クリップ <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>刺青・t a t o o <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>眼内レンズ <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>コンタクトレンズ <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>人工心臓弁 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>人工骨頭・関節 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>その他の体内金属 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 (種類)</p> <p>てんかん <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>喘息 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>妊娠 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>意識状態 <input type="checkbox"/>不良 <input type="checkbox"/>良</p> <p>精神状態 <input type="checkbox"/>不良 <input type="checkbox"/>良</p> <p>安静仰臥位 <input type="checkbox"/>不可 <input type="checkbox"/>可</p> <p>閉所恐怖症 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>発汗障害 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p>
術式希望： <input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影	
単純+造影の場合は身長・体重をご記入ください (_____ cm _____ kg)	
* その他、希望事項がありましたら、お書きください。	

画像の写し (フィルム)：	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> CD-R
---------------	--	-------------------------------

【予約希望日】	安眠剤服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
第1希望日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()	閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
第2希望日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()	発汗障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

【予約結果】 * 予約時間の15分前に来院していたがき、保険証と紹介状を正面玄関入って右手の「中央受付」にご提示ください。なお、造影剤使用の患者さんにつきましては、問診票もご持参ください。	
予約日時 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()	時 _____ 分 _____