

# 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><b>検査部位：該当する部位を1つ選び、☑してください。</b></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  <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( )  <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( )  <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( )  <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><b>チェックリストは必ずご記入ください</b></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。	
<p><b>画像の写し(フィルム)：</b>   <input type="checkbox"/>要                    <input type="checkbox"/>不要                    <input type="checkbox"/>CD-R</p>	
【予約希望日】	
第1希望日    平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( )	
第2希望日    平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( )	

<p><b>【予約結果】</b> * 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。</p>	<p><b>予約日時</b>    平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( )    時 _____ 分</p>
--	---