

診療情報提供書 (MRI検査用)

公立高畠病院 宛

令和 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・R 年 月 日生 (才)
患者氏名		性 別： 男 ・ 女
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・検査目的	※ 身長・体重をご記入ください (cm kg)
--------------	--------------------------

希望事項：

術式希望 : <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影	チェックリストは必ずご記入ください 手術歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (種類) 手術クリップ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 刺青・tattoo <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 眼内レンズ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 コンタクトレンズ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 人工心臓弁 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 人口骨頭・関節 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他の体内金属 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (種類) てんかん <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 喘息 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 妊娠 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 意識状態 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 良 精神状態 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 良 安静仰臥位 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 発汗障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(造影剤使用時のみ記入) <input type="checkbox"/> 感染症 (有・無) MRSA・HCV・HB・TPHA・その他 () <input type="checkbox"/> 腎機能障害 (有・無) ・BUN () ・クレアチニン () <input type="checkbox"/> 妊娠中あるいは妊娠の可能性 (有 ・ 無)	
検査部位：該当する部位と術式を選び、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <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"/> 特殊撮影 <input type="checkbox"/> 頭部MRIアンギオ <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> その他 ()	
画像のデータ : <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
【予約希望日】 第1希望日 令和 年 月 日 () 第2希望日 令和 年 月 日 ()	

〒992-0351

山形県東置賜郡高畠町大字高畠386番地

公立高畠病院 医療連携相談室

TEL 0238-52-1500 (内線:6940)

FAX 0238-52-5412