

診療情報提供書 (MRI検査用)

公立高畠病院 宛

令和 年 月 日

紹介医療機関名称		TEL番号 ()
住 所		FAX番号
医 師 名		()

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

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、<input checked="" type="checkbox"/>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 <input type="checkbox"/>背 椎 <input type="checkbox"/>全背椎 <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 () </p>	<p><u>チェックリストは必ずご記入ください</u></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・tattoo <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>
--	--

<p>術式希望：<input type="checkbox"/>単純 <input type="checkbox"/>単純+造影</p> <p>単純+造影の場合は身長・体重をご記入ください (cm kg)</p> <p>* その他、希望事項がありましたら、お書きください。</p>	
---	--

<p>画像のデータ : <input type="checkbox"/>要 <input type="checkbox"/>不要</p>	
--	--

【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 ()