

診療情報提供書 (MRI 検査依頼書)

たずみ病院 担当医 _____ 医師 宛
依頼日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
紹介元 医療機関名 _____
所在地 _____
電話番号 _____ F A X 番号 _____
診療科・医師名 _____

患者様情報

フリガナ		性別	明・大・昭・平
患者氏名		男・女	年 月 日生 (才)
住 所		電話	自宅 () - 携帯 () -
検査日時	年 月 日 (曜日)、	時 分	
主訴または 現病名 および検査目 的など			
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> その他 ()		
患者様 について	☆ 判明している感染症(できれば記入) <input type="checkbox"/> HBs 抗原 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他 () ☆ 体内埋め込み金属など <input type="checkbox"/> 下記に当てはまるものではありません。 *ペースメーカー *ペースメーカーリヤ-残存 *脳動脈クリップ (MRI 非対応) *人工内耳 *手術後(内視鏡も含む)一カ月以内 (組織癒着まで) *眼球内金属 *金属製心臓人工弁 *磁性義歯 *埋込型 ICD(除細動器) *妊娠 2 1 週未満(母体不安定期) *閉所恐怖症 *入れ墨 *その他 (電氣的・機械的に作動するものなどや金属片)		
備考 (既往歴・処方 その他 注意事項)			
画像形式	C D—R のみ	読影報告書	<input type="checkbox"/> 希望
(当院記入欄)			

主治医様へ

検査の予約は当院検査科へ直接電話下さい。予約後にこの診療情報書を F A X または郵送にて当院へ送付ください。

(検査科直通電話番号: 079-456-2270(FAX兼用))

医療法人社団せいわ会 たずみ病院
兵庫県加古川市尾上町口里 7 9 0 番地の 6 6
(代表電話 079-456-2252、代表 FAX079-456-2258)