**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　令和　　　　年　　　　月　　　　日

紹介元　医療機関名

所在地

電話番号　　　　　　　　　　　　　FAX

診療科・医師名

患者様情報

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 性別 | | 西暦  　　　　年　　月　　日生（　　　才） | |
| 患者氏名 |  | | 男・女 | |
| 住所 |  | | | 電話 | 自宅（　　　）　　　－  携帯（　　　）　　　－ | |
| 検査日時 | 令和　　　　年　　　　月　　　　　日（　　　曜日）　　　時　　　　分 | | | | | |
| **主訴**または  **現病名**  **検査目的** |  | | | | | |
| **検査部位** | □頭部　　□頸部　　□上腹部　　□骨盤部　　□頸椎　　□胸椎　　□腰椎  □股関節　　□膝関節　　□肩関節　　□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）  □HBs抗原　□HCV　□梅毒　□MRSA　□その他（　　　　　　　）  ☆　体内埋め込み金属など  **□　下記に当てはまるものはありません。**  \*ペースメーカー　\*ペースメーカーワイヤー残存　\*脳動脈瘤クリップ(MRI非対応)　 \*人工内耳　\*手術後1か月以内（組織癒着まで）　\*眼球内金属　\*磁性義歯  \*埋込型ICD(除細動器)　 \*妊娠21週未満(母体不安定期)　 \*閉所恐怖症　\*入れ墨  \*その他(電気的・機械的に作動するものなどや金属片) | | | | | |
| **備考**  既往歴  その他 |  | | | | | |
| 画像形式 | CD-Rのみ | 読影報告書 | | | | □希望 |

**主治医様へ**

検査の予約は当院放射線科へ直接電話ください。予約後にこの診療情報提供書をFAXまたは郵送にて当院へ送付ください。

**※放射線科予約電話番号：　079－456-2270（FAX兼用）**

医療法人せいわ会　たずみ病院

加古川市尾上町口里790-66（代表電話）079-456-2252