

診療情報提供書 (MRI検査用)

公立高畠病院 宛

平成 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 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、☑してください。</p> <p>☐頭 部 ☐上腹部 ☐骨盤部</p> <p>☐脊 椎 ☐頸 椎 ☐胸 椎 ☐腰 椎 ☐その他()</p> <p>☐上 肢：(左・右) ☐肘関節 ☐手関節 ☐その他()</p> <p>☐下 肢：(左・右) ☐股関節 ☐膝関節 ☐足関節 ☐その他()</p> <p>☐特殊撮像：☐頭部MRIアンギオ ☐MRCP ☐その他()</p>	<p style="text-align: center;">チェックリストは必ずご記入ください</p> <p>手術歴 ☐有 ☐無 (種類)</p> <p>手術クリップ ☐有 ☐無</p> <p>心臓ペースメーカー ☐有 ☐無</p> <p>眼内レンズ ☐有 ☐無</p> <p>人工心臓弁 ☐有 ☐無</p> <p>人口骨頭・関節 ☐有 ☐無</p> <p>その他の体内金属 ☐有 ☐無 (種類)</p> <p>てんかん ☐有 ☐無</p> <p>喘息 ☐有 ☐無</p> <p>妊娠 ☐有 ☐無</p> <p>意識状態 ☐不良 ☐良</p> <p>精神状態 ☐不良 ☐良</p> <p>安静仰臥位 ☐不可 ☐可</p> <p>閉所恐怖症 ☐有 ☐無</p> <p>発汗障害 ☐有 ☐無</p>
<p>術式希望：☐単純のみ ☐造影のみ ☐単純+造影</p> <p style="text-align: center;">造影時のみ体重をご記入ください(_____ 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>画像の写し(フィルム)： ☐要 ☐不要 ☐CD-R</p>	
<p>【予約希望日】</p> <p>第1希望日 平成 年 月 日 ()</p> <p>第2希望日 平成 年 月 日 ()</p>	

<p>【予約結果】 *患者様は予約時間の15分前に来院して頂き、保険証と紹介状を正面玄関を入った「中央受付」にご提示ください。なお、造影剤使用の患者様につきましては、問診票もご持参ください。</p>	<p>予約日時 平成 年 月 日 () 時 分</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------

〒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・病床管理室 TEL 0238-52-1500 (内線6940)
FAX 0238-52-5412