

# MRI検査伝票紹介依頼書(兼診療情報提供書)

枠の中をご記入下さい。

依頼日 年 月 日

依頼患者				依頼内容
フリガナ		性別	生年月日	□検査のみ □診察 (科) (先生) へ連絡(済・未)
氏名		男・女	M・T・S・H・R 年 月 日 才	
住所	〒 電話( ) -			
紹介元住所	医療機関名	診療科	医師名 先生	本人・家族 被保険者名 TEL FAX
	医療保険	公費保険	老人医療	保険者番号 記号番号 公費番号 受給者番号 老人番号 受給者番号 割負担
患者情報	検査前チェック項目 薬物アレルギー(無・有) 喘息(無・有) 食物アレルギー(無・有( )) 腎障害(無・有(Cre )) 感染症(無・有・不明) 妊娠(無・有) {HBs・HCV・MRSA・ワ氏・その他}			以下の項目に該当するものがあればチェックして下さい てんかん発作、重症不整脈、閉所恐怖症 心臓ペースメーカー、動脈瘤止血クリップ 人工弁、人工関節、刺青 その他体内埋込金属( )
身長	Cm	体重	Kg	
臨床診断	検査依頼目的			
現病歴および関連検査結果、現在の処方等				
検査部位	□頭部(脳) □頭部(脳以外) □頸部 □胸部 □乳腺 □心臓(心筋・冠動脈) □上腹部(MRCP・肝・胆・膵・腎・その他( )) □下腹部(膀胱・子宮・卵巣・前立腺・その他( )) □上肢(右・左)(肩・上腕・肘・前腕・手関節・手) □下肢(右・左)(大腿・膝・下腿・足関節・足) □椎体(頸椎・胸椎・胸腰椎移行部・腰椎・仙骨・尾骨部) □血管(頸部プラーク・下肢MRA・下肢MRV・その他( )) □その他( )			図示(具体的に記載して下さい)
造影	□単純のみ □単純+造影			
画像コピー	□CD □不要			

造影の場合は、別紙の造影剤同意書の内容を確認の上、ご署名いただき患者様にお渡し下さい。

済生会二日市病院

病院代表 電話 092-923-1551 記入しないで下さい

地域医療連携室 FAX 092-923-7175 検査日 年 月 日 時 分