

診療情報提供書（単純MRI検査依頼書）

③単純MRI検査依頼書

あさぎり病院担当医宛

下記内容にてMRI検査を依頼します。

患者様の状況；外来待機中 帰宅

入院中（退院後受診 入院中受診）

患者情報		第一希望	検査日時	年	月	日（	曜日）
フリガナ	氏名		男・女	AM・PM	時	分より	
旧姓		第二希望	検査日時	年	月	日（	曜日）
生年月日	年		月	日	AM・PM	時	分より
現住所 〒 -		紹介元医療機関名					
TEL () -	医師名		TEL () -				
携帯 () -	FAX () -						
あさぎり病院受診歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							

【臨床診断】	【検査データ】
	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 不要

【検査目的】	<input type="checkbox"/> FAXでの読影レポートも希望する

【撮像部位にチェックしてください】	【検査法】
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> 眼窩部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 (右・左) <input type="checkbox"/> 内耳道周辺 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 下肢MRA <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 単純

【チェックリスト（あてはまるものにチェックしてください）】		
安静 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 妊娠 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 授乳中 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり HBsAg Wa氏 HCV MRSA	体内金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> ペースメーカー 植え込み型除細動器 <input type="checkbox"/> 動脈クリップ（MR対応型・非対応型） 手術年月（ 年 月） <input type="checkbox"/> 血管内ステント 手術年月（ 年 月） <input type="checkbox"/> 人工骨頭・人工関節・固定用金属 <input type="checkbox"/> その他	既往歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 痙攣発作 <input type="checkbox"/> 腎不全・腎機能低下・透析 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 造影剤の種類または検査名 インシュリン治療 () (有・無) <input type="checkbox"/> 薬物アレルギー <input type="checkbox"/> 緑内障 薬品名 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 () <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞