

放射線検査申込書 兼 診療情報提供書 (紹介状) 【MRI】

兵庫県立加古川医療センター
 地域医療連携部(予約担当)
 直通電話 079-497-7011
 FAX 番号 079-438-3756
 代表電話 079-497-7000
 (内線3151)

紹介医療機関名:
 所在地:
 TEL :
 FAX :
 診療科: 医師名: ㊟

予約時間 9:00~17:00

患者様	ふりがな				男 女	加古川医療センターにおける受診歴の有無 有(科)・無		
	氏名							
	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日(歳)			
	住所	〒						
	TEL	(自宅) (連絡先)						
検査希望日		・緊急性あり ・通常						
		第1希望日		月	日(曜日)	第2希望日	月	日(曜日)
		その他:						
MRI 検査	<p>単純のみ 部位：<input type="checkbox"/>頭部 <input type="checkbox"/>頸部 <input type="checkbox"/>胸部 <input type="checkbox"/>腹部(肝・胆・膵・腎) <input type="checkbox"/>骨盤部(前立腺・子宮卵巣・膀胱) <input type="checkbox"/>上肢 <input type="checkbox"/>下肢 <input type="checkbox"/>脊椎</p> <p>● 問診票(事故防止のため必ず記入してください。記入が無いと検査できない場合があります)</p> <p>*手術歴 (無・有) *神経刺激装置 (無・有) *義眼 (無・有) *心臓ペースメーカー (無・有) *血糖自己測定器 (無・有) *義歯 (無・有) *埋込除細動器 (無・有) *歯列矯正器具 (無・有) *入れ墨 (無・有) *冠動脈ステント (無・有) *人工内耳 (無・有) *避妊リング (無・有) *心臓人工弁 (無・有) *人工骨・関節等 (無・有) *妊娠 (無・有)</p> <p>● 以下、MRI 禁忌事項です。該当項目がある場合、検査できません。</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー、埋込除細動器(ICD・CRTD)、神経刺激装置(SCS・DBS)、人工内耳、可動式義眼を使用している患者</p> <p><input type="checkbox"/> MRI 非対応の歯列矯正器具や義歯を使用している患者</p> <p><input type="checkbox"/> 妊娠 13 週未満(器官形成期)の患者</p>							
検査結果報告	<input type="checkbox"/> 画像入り所見用紙のみ <input type="checkbox"/> 画像 CD と所見用紙 <input type="checkbox"/> 地域連携ボックス							
① 診断名 ② 主訴 ③ 既往歴及び家族歴 ④ 検査所見 ⑤ 治療経過 ⑥ 現在の処方 ⑦ その他								

※検査結果(所見用紙・画像 CD)は、直接患者様へお渡しします。

ご紹介ありがとうございました。折り返し、上記の FAX 宛てに初診予約票・案内票等を送付いたします。当日患者様にはご紹介状・検査予約票・検査同意書(必要な場合のみ)・保険証・マイナンバーカード・各種受給者証をご持参の上ご来院いただくよう、ご案内いたします。