様式1-2　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

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　　　　　　　 紹介医療機関名：

地域医療連携部（予約担当）

　直通電話　０７９－４９７－７０１１　　　 所　在　地：

　FAX番号　**０７９－４３８－３７５６**ＴＥＬ ：

　代表電話　０７９－４９７－７０００　　　 　ＦＡＸ ：

（内線３１５１）　　　 　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
 | **単純のみ**　部位 ： □頭部　　　□頸部　　　□胸部　　　　□腹部（肝・胆・膵・腎）□骨盤部（前立腺・子宮卵巣・膀胱）　　□上肢　　　□下肢　　　□脊椎● 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）\*手 術　歴 　　 　 （無・有）　　 \*神経刺激装置 　　 （無・有）　 　\*義　眼 　　　　（無・有）\*心臓ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ 　（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）● 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。**□ 心臓ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ、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□ MRI非対応の歯列矯正器具や義歯を使用している患者□ 妊娠13週未満（器官形成期）の患者 |
| 検査結果報告 | □画像入り所見用紙のみ　　□画像CDと所見用紙　　□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・各種受給者証をご持参の上ご来院いただくよう、ご案内願います。