

紹介状・診療情報提供書(MRI検査依頼書)

御依頼医療機関名		検査日時	
紹介医師名：		第1希望日	
TEL		第2希望日	
FAX		第3希望日	

	時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 終日
--	-----	---

特に希望がないようでしたら空欄でお願いします。

患者様情報		性 別	生年月日
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	T・S・H 年 月 日

病 名			
<input type="checkbox"/> 頭部 (MRA含む)	<input type="checkbox"/> 頰部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> M R C P 禁飲食4時間
<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 全脊椎
<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> () 関節
<input type="checkbox"/> () 関節	<input type="checkbox"/> 手指	<input type="checkbox"/> 足趾	

検査目的・既往歴・治療の経過・その他		
読 影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	読影結果は後日FAXにてお送りします

下記の事項に記入をお願いいたします			
①手術歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	() 年前	部位()
②体内金属	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	部位()	
③ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	⑨外科用ステント	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
④人工心臓弁	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	⑩クリップ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑤人工骨頭	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	⑪補聴器	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑥人工関節	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	⑫刺青・アートメイク	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑦人工内耳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	⑬妊娠中又は可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑧閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	⑭体重 () kg	

被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	保険者番号	
記号・番号		負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
公費負担者番号	公費負担者番号	入院中 <input type="checkbox"/> DPC	
受給者番号	受給者番号	外来通院中	
保険適応外	<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> その他 ()