診療情報提供書 (ＭＲＩ検査用)

浅香山病院　御中　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 紹介医療機関名称住　　所医 師 名 |  | TEL | （　　　） |
| FAX | （　　　） |
|  |
| フリガナ |  | 生年月日　 　　　　　　　　　　　　年 　　　 月 　 　　日 |
| 氏名 |  |
| 年齢　　 歳 | 性別　男 ・ 女 |
| 住　　所 |  | TEL 　　（　　　）　　　　　 |
| 携帯 　　（　　　） |
| 患者診療情報　　　　　　 （検査目的についてはできるだけ詳しくご記入ください） |
| 主訴または病名　　　　 　　　　　　感染症（有・無） MRSA・HCV・HB・LU・その他（　　　 ） |
| 検査目的：　　　　　男a |
| 検査部位：該当する部位を一つ選び、□に印をご記入ください。　頭部：□脳　□脳幹部　□下垂体　□眼窩　□副鼻腔　□聴神経 　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 　）　頚部：□甲状腺　□頚部　□その他（　　　　　　　　　）　胸部：□縦隔　□乳腺　□その他（　　　　　　　　　 　）　上腹部：□肝　□胆　□膵　□腎・副腎　□その他（　　　　　　　　　 　　）　下腹部：□膀胱　□卵巣　□子宮　□前立腺　□その他（　　 　）　脊椎：□頸椎　□胸椎　□腰椎　□その他（　　　　　 ）　上肢：（□左 ・ □右） □肩関節　□肘関節　□手関節　□手：　□その他（　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）　下肢：（□左 ・ □右） □股関節　□大腿　□膝関節　□下腿　□足関節：　□足　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　）　特殊撮像：□頭部MRｱﾝｷﾞｵ　□頸部MRｱﾝｷﾞｵ　□胸部MRｱﾝｷﾞｵ　□腹部MRｱﾝｷﾞｵ□MRCP　□胸部大血管　□上腹部大血管□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　） | チェックリストは必ずご記入ください |
| 手術歴　　 □有　□無（種類　　　　　　　）手術クリップ　　　　　 □有　□無（種類　　　　　　　）心臓ペースメーカー　　　　　 □有　□無人工心臓弁　　　　　 □有　□無人工骨頭・関節　　　　　 □有　□無（種類　　　　　　　）その他体内金属　　　　　 □有　□無（種類　　　　　　　）てんかん　 □有　□無喘息　　　 □有　□無妊娠　　　 □有　□無意識障害 　□有　□無精神状態　 □悪　□良安静仰臥位　 □不可□可閉所恐怖症　 □有　□無発汗障害　 □有　□無 |
| 術式希望：□単純のみ　□造影のみ　□単純＋造影　□放射線科依頼: 造影時のみ体重をご記入ください。（　　　　　　㎏）撮像方向：□放射線科依頼：　　　　□ご希望があれば下の表にチェックをお願い致します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ｔ１ | Ｔ２ | その他具体的にご記入ください |
| 横 断 |  |  |  |
| 冠状断 |  |  |  |
| 矢状断 |  |  |  |
| その他 |  |  |  |

 |
| 公益財団法人 浅香山病院 地域医療連携室〒590-0018 堺市堺区今池町3丁3番16号 | ＴＥＬ ０７２－２２９－９２３２ 　平　日・8:30～19:30ＦＡＸ ０７２－２２９－９２６７ 　土曜日・8:30～12:00 |