ＭＲＩ検査診療情報提供書・予約依頼票（ＦＡＸ用）

※個人情報のため、取り扱いにご注意ください。

矢掛町国民健康保険病院

地域医療連携室　　　宛　（ＦＡＸ：０８６６－８２－１３５５）

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　先生

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男 ・ 女 | 生年月日 | 明・大・昭平・令　　　年　　　月　　　日 |
| 患者氏名 | 　　　　　　　　　　　　様 |
| 患者連絡先　 | ＴＥＬ　（　　　　　　）　　　　　－ |

●妊娠　あり・なし　●アレルギー歴　あり（　　　　　）・なし　●当院受診歴　あり・なし

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 既往歴アレルギー歴 | 心臓ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ | 無 ・ 有 | 脳動脈瘤ｸﾘｯﾌﾟ | 無 ・ 有 |
| 造影剤ｱﾚﾙｷﾞｰ | 無 ・ 有( ) | 薬剤過敏症 | 無 ・ 有( ) |
| 手術既往 | 無 ・ 有( ) | 埋め込み金属体 | 無 ・ 有( ) |
| 喘息発作・心臓発作・けいれん発作 | 無 ・ 有( 　　　　　　　 　　　 　) |
| 義眼・義歯・閉所恐怖症 | 無 ・ 有( 　　　　　 　　　　　 ) |
| その他 | ( 　 　　　 ) |
| 検査部位 | 【頭部】　脳・脳幹・眼窩・副鼻腔・ＭＲＡ（ ）【頸部】　甲状腺・軟部組織・ＭＲＡ（ ）【胸部】　縦隔・心臓・心筋viability（造影）・心機能・大血管（ ）【腹部】　肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・大血管・ＭＲＣＰ（ ）【骨盤】　膀胱・前立腺・子宮・卵巣・動脈（ ）【脊椎】　頚椎・胸椎・腰椎・仙椎・尾椎（ ）【四肢】　肩関節・手関節・股関節・膝関節・足関節・動脈（ ） |
| 造　　影 | 　□有（造影の場合、時間が単純撮影にくらべ約２倍かかります）　　　　□無単純　：　造影　：　単純+造影　 |
| 造影検査の場合：腎機能検査（　　　　　年　　　月　　　日実施）ＢＵＮ：　　　　　　mg／dl　・　クレアニチン：　　　　　　mg／dl（※採決結果の記入がない場合は、当院担当医の判断で検査をさせて頂きます） |
| 検査前の準備（絶食の有無） | 　□特に指示ありません。　□検査前４時間は食事をしないでください。 |
| 病状経過及び検査結果・撮影法（撮影方法・方向等で特にご希望があれば書いてください）□デジタルデータ（CD-R）希望 |
| 現在の処方 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望検査日時 | 第１希望 | 月　　　日　　　午後　　　　時　　　　　　 |
| 第２希望 | 月　　　日　　　午後　　　　時　　　　　　 |