

# MR I 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	生	明・大・昭		
患者氏名	様	女	年	月	日	平・令 年 月 日
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	心臓ペースメーカー 無・有	脳動脈瘤クリップ 無・有
アレルギー歴	造影剤アレルギー 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】 頸椎・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	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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いただきます)	
検査前の準備 (絶食の有無)	<input type="checkbox"/> 特に指示ありません。 <input type="checkbox"/> 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)		
<input type="checkbox"/> 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