

年 月 日

竹田総合病院放射線科 御中

紹介元

医師名 \_\_\_\_\_

住 所

TEL

### MRI 検査・診断依頼書 (診療情報提供書)

|       |           |       |       |       |
|-------|-----------|-------|-------|-------|
| フリガナ  |           | 生年月日  | 年 月 日 | 才     |
| 氏 名   |           | M ・ F | 身長 cm | 体重 kg |
| 住 所   | 連絡先：( ) - |       |       |       |
| 臨床診断名 |           |       |       |       |

| 検 査 項 目  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 頭部 (脳・下垂体・小脳橋角部・眼窩・顔面・副鼻腔・口腔・耳下腺) |
| <input type="checkbox"/> 頸部 (頸部・甲状腺)                       |
| <input type="checkbox"/> 胸部 (縦隔・乳房)                        |
| <input type="checkbox"/> 腹部 (肝臓・胆管・膵臓・腎・副腎・脾臓)             |
| <input type="checkbox"/> 骨盤 (前立腺・子宮・卵巣・膀胱・臀部)              |
| <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙骨・尾骨)               |
| <input type="checkbox"/> 上肢 (肩・上腕・肘・前腕・手関節・手)              |
| <input type="checkbox"/> 下肢 (股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足)            |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )                           |

| チェックリスト<br>(該当項目のみチェック)                    |
|--|
| <input type="checkbox"/> 体内外金属<br>(部位： )   |
| <input type="checkbox"/> 気管支喘息             |
| <input type="checkbox"/> 腎機能障害             |
| <input type="checkbox"/> 造影剤副作用歴<br>(症状： ) |

※ペースメーカー装着者、妊娠中の方は検査ができません。

検査部位左右区分： 右・左・両

造影剤使用： 可・不可 ※透析中、腎機能障害ありの場合は不可。

検査予約日： 月 日 AM・PM 時 分

検査目的

.....  
.....  
.....  
.....

|   |
|---|
| <b>検査結果の報告方法</b><br><small>(診断報告書 + 全画像データ DICOM メディア)</small><br><input type="checkbox"/> フィルム必要 <input type="checkbox"/> メディア不要<br><input type="checkbox"/> 結果の配送希望<br><small>(結果が出来次第、地域医療連携課より発送になります)</small><br><input type="checkbox"/> 結果の受け取り希望<br><small>(検査から24時間経過後に救急室に取りにおいで下さい)</small><br><input type="checkbox"/> 検査データのみ当日持ち帰り希望 (報告書は後日配送) |
|---|

Dr. sign \_\_\_\_\_

|  |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 現在入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院<br><input type="checkbox"/> 一般病棟<br><input type="checkbox"/> 療養型病棟 |
|--|