

MRI検査

紹介状（診療情報提供書）		20 年 月 日
紹介元医療機関名称		
住所	TEL	
	FAX	
医師名		
フリガナ	電話番号	性別 生年月日
患者氏名		男 ・ 女 年 月 日
診療情報		
<div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 20px;"></div>		
※ <input type="checkbox"/> 別紙あり		

頭 部
脊椎（ 頰椎 胸椎 腰椎 ）
上腹部（ 肝臓 胆のう 膵臓 腎臓 ）
下腹部（ 前立腺 膀胱 子宮・卵巣 ）
骨盤 股関節
上肢（ 肩関節 肘関節 手関節 ）
下肢（ 膝関節 足関節 ）
<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり
その他（ ）

体内金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <small>※ありの場合は、ご記載下さい</small>
★心臓ペースメーカ・人工内耳は検査不可★
<small>※女性の方</small> 妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ★ありの場合は、安全性を優先し検査不可★
入れ墨 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <small>※ありの場合は、低温やけどの可能性</small>

単純	造影
<small>※造影の場合</small> ・過去にMRIで造影剤を使用する検査をうけた事がありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <div style="text-align: center;"><small>※ありの場合は、造影剤アレルギー</small></div> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・eGFR又は、クレアチニン値(3ヵ月以内のもの) ★腎機能が著しく低下している場合は、造影不可★	

予約検査日 月 日 検査時間 時 分

検査日当日、患者様に紹介状としてお渡し下さい
※個人情報については、医療連携の目的のみに利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています

社会医療法人彩樹 豊中敬仁会病院 TEL:06-6849-2527
(地域医療連携室)

FAX:06-6858-1443