

診療情報提供書（紹介状）

①原本

※①は当院にFAXしてから患者様にお渡し下さい。 FAX 047-314-8020

患者様情報

紹介元医療機関名（紹介元所在地）

フリガナ

氏名

生年月日

性別 男・女

電話番号

連絡先（日中連絡の取れる電話番号）

診療科名

ご担当医師名

印

検査区分	検査日	検査時間
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT その他（ ）	/	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 : 9:00の検査は8:45受付 ※検査予約時間の 30分前まで にお越し下さい

検査部位	検査目的（できるだけ具体的にお願いします）
※③予約票に複写されます 傷病名	
<input type="checkbox"/> 疑	<input type="checkbox"/> CD持ち帰り

検査部位 (原則としてMRI検査は1検査1部位)	
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 聴器 <input type="checkbox"/> 内耳道 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 肋骨 CT <input type="checkbox"/> 腹部（上腹部～骨盤） <input type="checkbox"/> （ ） MRI <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 腎/副腎 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> 腫瘍（部位） <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮卵巣 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 肩（右・左） <input type="checkbox"/> 肘（右・左） <input type="checkbox"/> 手関節（右・左） <input type="checkbox"/> 手（右・左） <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝（右・左） <input type="checkbox"/> 足関節（右・左） <input type="checkbox"/> 足（右・左） <input type="checkbox"/> 上肢下肢（右・左・上腕・前腕・大腿・下腿） <input type="checkbox"/> その他部位（ ）	

下記事項の確認をお願いいたします		
●妊娠中もしくは妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	MRI/CT検査不可
●心臓ペースメーカー 人工内耳・中耳 ※MRI対応でも検査できません	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	MRI検査不可
●鉄粉含む増毛パウダー / 1日タイプの白髪染め	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
●マグネットネイル、ミラーネイル	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	MRI検査不可
●体内埋込型医療機器（除細動器・脳脊髄刺激電極など） ※MRI対応でも検査できません ※CT検査では、機器により条件が異なります。お問い合わせください。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
●持続自己血糖測定器（リブレ等）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	外せない場合 MRI/CT検査不可
●体内埋込式インスリンポンプ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
●経皮型吸入塗布薬（例 エストラナーテープ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
●体内金属（脳動脈クリップ・その他） 部位 素材 いつから	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	部位、素材により MRI検査不可となる 場合あり