MRI 検査依頼書〔診療情報提供書〕

徳島検診クリニック TEL 088-632-9111

							(17	\\\XK\\\\\	FAX	088-032-9211
患者様情報	フリガナ					男		紹介元施設名		
	患者様氏名				様	· 女	紹介元	<u>住所</u> TEL		
	生年月日	年	月	B	()歳	施設	<u>FAX</u>		
	住所	Ŧ					情報	<u>依頼医氏名</u>		
	患者様TEL							_		

	患者様TEL												
僧	易病名												
ご希望検	第一希望	月	日	()AM · PM	1 時	分月曜~土曜 AM:10:30~11:30			11:30 PM:14:30~16:00			
	第二希望	月	日	()AM · PM	1 時	分Ⅰ	日曜	·祝祭日·木曜·土曜·	午後は休診			
<u>査</u> 日	第三希望	月 日()AM·PM			1 時	分析	- 対検査枠は1枠30分(検査によりこの限りではありま						
検査部位	頭部	MRA	頚部	胸部	腹部	骨盤	脊椎	ŧ	四肢	その他			
	□頭部	□脳動脈	□甲状腺	□縦隔	口肝臓	□膀胱	□頸椎		口右 口左	※造影剤不可			
	□下垂体	□頸動脈	□咽頭	□乳房	口胆のう	口前立腺	□胸椎		□肩関節 □股関節				
	□眼窩	口大動脈	□喉頭		□膵臓	口子宮	□腰椎		□肘関節 □膝関節				
	□内耳				□腎臓	□卵巣			□手関節 □足関節				
	□副鼻腔				□副腎								
依頼目的および具体的指示 ※できるだけ詳細にご記入ください													
	・ ICD(埋め込み型除細動器)使用の方						・ 心臓ペースメーカー使用の方						
	• 脳重	『使用の方				・ 人工内耳・中耳使用の方							
	・ V-Pシャント施行者 ・ 埋め込み型神経刺激装置(パーキンソン病等)施												
確 認	・ 磁石を使った入れ歯(インプラント)使用の方 ・ 歯列矯正ワイヤー使用の方												
事項		・ 入れ墨・アートメイク(アイライン等)されている方・ 検査当日増毛パウダー・白髪隠し使用の方							・ マツエクされている方				
				・ 体内に金属・人工物・人工関節がある方									
		・ 下大静脈フィルターを留置されている方・ 現在妊娠している可能性のある方						・ インスリンポンブ使用の方・ 未就学のお子様や極端に怖がるお子様					
				※これらに当てはまる患者様は当院ではMRI検査を行いません									
画信	- 関所恐怖症の恐れがある方 - 画像データの搬送方法 □ 郵送									診察予約をお願いします。			

最終確認 _(こちらの記載は当院が行います)	#40
第()希望の日時でご予約承りました。	712