

# MRI 検査依頼書兼診療情報提供書

年 月 日

金光病院 地域医療連携課 行

FAX:0865-42-5801

紹介元医療機関名:

医師氏名:

印

TEL/FAX

/

フリガナ		男・女	生年月日
患者氏名			大・昭 平・令
住 所	〒 -		連絡先 TEL ( ) -

**《検査前確認事項：必ずご確認ください》**

心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(検査不可)
埋込み型除細動器	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(検査不可)
グルコースセンサー(リブレ等)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(検査不可※ただし当日除去して来院される場合は検査可)
内視鏡的ポリープ切除術歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(クリップ確認の為当院にて腹部XP撮影を行います)
歯の矯正装置	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(検査不可※ただし当日除去して来院される場合は検査可)
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(検査不可)
刺青・アートメイク	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(本人許可時のみ検査可)
コンタクトレンズ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(検査時外していただきます)
体内埋め込み金属体 (脳動脈クリップ等)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	※有の方は、下記もご記入ください(材質によっては検査不可)
	手術医療機関( ) 部位( ) 撮影可能確認済 <input type="checkbox"/>		
	手術日( 年 月 日) 術式( )		
身長・体重	cm		Kg

検査部位	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・頰椎・胸椎・腰椎・その他( )		
造影の有無	<input type="checkbox"/> 有	→ 腎機能検査(3ヶ月以内) 検査日 年 月 日	クレアチニン mg/dl
	<input type="checkbox"/> 無		
画像CD-R	<input type="checkbox"/> 本人渡し <input type="checkbox"/> 郵送		
詳細 (目的等)	※必ずご記入ください(診療情報提供書を添付される場合は不要です)		

<第1検査希望日>	年	月	日( )	午前	・	午後
<第2検査希望日>	年	月	日( )	午前	・	午後
いつでも可						

《連絡先》 金光病院 地域医療連携課

TEL:0865-42-3261(直通) FAX:0865-42-5801

受付時間:8時30分～16時45分(日・祝除く)

※受付時間外に申し込みの場合は翌診療日の返信となります