

MRをご希望の場合は、次の申し込み依頼用紙に必要事項をご記入いただき、地域医療室までFAX(0736-78-3373)して下さい。

予約日時は、折り返し『予約通知書』にてFAX返信させていただきます。

この依頼書は、診療情報提供書として扱わせていただきますので、捺印のうえ患者さまにお渡し下さい。

予約受付時間 : 平日(月～水、金曜日)午前9時～午後7時迄
(木曜日のみ) 午前9時～午後5時迄
受付時間以降受信FAX: 翌日対応
(翌日が休みの場合は次の外来診療日対応)

MRI 検査予約申込依頼書 兼 診療情報提供書

公立那賀病院 担当医宛

下記患者様を紹介いたします

紹介元医療機関

医師名

所在地

TEL () -

フリガナ 患者氏名 (男・女)

FAX () -

生年月日

T・S・H・R 年 月 日生(歳) 体重 kg

患者住所(〒 -)

患者TEL() -

ご都合の悪い日

予約希望日

※ 撮影部位該当欄にチェックして下さい。なお、左右は□にチェックを入れ選択して下さい。

Table with columns for examination site (検査部位), simple (単純), contrast (造影), simple+contrast (単純+造影), and examination site (検査部位), simple (単純), contrast (造影), simple+contrast (単純+造影). Rows include Head (頭部), Chest (胸部), Abdomen (腹部), Upper Limbs (上肢), Lower Limbs (下肢), Pelvis (骨盤部), Large Vessels (大血管), and Spine (脊椎).

【備考】

【チェックリスト】 体内金属 : 有 ・ 無 (どちらかに必ず○をお願いします) (有の場合) 医療機器 : ペースメーカー 人工股関節 刺青(眉墨含む) : 有 ・ 無 装飾品(着脱不可) : ボディピアス等 その他() 【患者搬送方法】 : 歩行 ・ 車イス ・ ストレッチャー

【傷病名】

【紹介目的】

【既往歴及び家族歴】

【症状経過及び検査結果】

【治療経過】

【現在の処方】