

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 \_\_\_\_\_ (印)

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。

検査部位		単純	造影	単純+ 造影	検査部位		単純	造影	単純+ 造影	
頭部	頭部				上肢	<input type="checkbox"/> 右肩関節	<input type="checkbox"/> 左肩関節			
	頭部(単純)MR+頭部MRA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 右上腕	<input type="checkbox"/> 左上腕			
	頭部MRA+頸部MRA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 右肘関節	<input type="checkbox"/> 左肘関節			
	頸部MRA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 右手関節	<input type="checkbox"/> 左手関節			
	小児頭部					<input type="checkbox"/> 右手	<input type="checkbox"/> 左手			
	下垂体					下肢	<input type="checkbox"/> 右大腿	<input type="checkbox"/> 左大腿		
	眼窩				<input type="checkbox"/> 右膝関節		<input type="checkbox"/> 左膝関節			
	内耳				<input type="checkbox"/> 右下腿		<input type="checkbox"/> 左下腿			
	耳下腺				<input type="checkbox"/> 右足関節		<input type="checkbox"/> 左足関節			
	胸部	副鼻腔				骨盤部	膀胱			
			咽頭喉頭				骨盤腔			
			甲状腺				前立腺			
胸部					両股関節					
<input type="checkbox"/> 右乳房 <input type="checkbox"/> 左乳房			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	大血管	全下肢動脈			<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 右腋窩 <input type="checkbox"/> 左腋窩	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	胸部大動脈				<input checked="" type="checkbox"/>		
腹部				腹部大動脈				<input checked="" type="checkbox"/>		
腹部	腎臓				脊髄	頸椎				
	MRCP(単純)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		胸椎				
	上腹部(単純)MR		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		胸腰椎移行部				
	上腹部(造影-Gd)MR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		腰椎				
	上腹部(単純+造影-Gd)MR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		全脊椎(Sag T <sub>1</sub> ,T <sub>2</sub> )			<input checked="" type="checkbox"/>	
肝臓ダイナミックMR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							

【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】