

MRI 検査予約申込依頼書 兼 診療情報提供書（紹介元控）

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

所在地

フリガナ

患者氏名

(男・女)

生年月日

T・S・H・R

年

月

日生

(歳)

体重

kg

患者住所(〒 -)

医師名

TEL () -

FAX () -

患者職業

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					検 査 部 位				
		単 純	造 影	単純+造影			単 純	造 影	単純+造影
頭 部	頭部				上 肢	☐ 右肩関節 ☐ 左肩関節			
	頭部(単純)MR+頭部MRA		☒	☒		☐ 右上腕 ☐ 左上腕			
	頭部MRA+頸部MRA		☒	☒		☐ 右肘関節 ☐ 左肘関節			
	頸部MRA		☒	☒		☐ 右手関節 ☐ 左手関節			
	小児頭部					☐ 右手 ☐ 左手			
	下垂体				下 肢	☐ 右大腿 ☐ 左大腿			
	眼窩					☐ 右膝関節 ☐ 左膝関節			
	内耳					☐ 右下腿 ☐ 左下腿			
	耳下腺					☐ 右足関節 ☐ 左足関節			
	副鼻腔					☐ 右足 ☐ 左足			
	咽頭喉頭				骨 盤 部	膀胱			
	甲状腺					骨盤腔			
胸 部	胸部					前立腺			
	☐ 右乳房 ☐ 左乳房	☒	☒	☒		両股関節			
	☐ 右腋窩 ☐ 左腋窩		☒	☒	大 血 管	全下肢動脈			☒
腹 部	腎臓					全身 DWI		☒	☒
	MRCP(単純)		☒	☒	脊 髄	頸椎			
	上腹部(単純)MR		☒	☒		胸椎			
	上腹部(造影-Gd)MR	☒	☒	☒		胸腰椎移行部			
	上腹部(単純+造影-Gd)MR	☒	☒	☒		腰椎			
	肝臓ダイナミックMR	☒	☒	☒		全脊椎(Sag T1,T2)		☒	☒

【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】

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 () ー

フリガナ

FAX () ー

患者氏名

(男・女)

生年月日

T・S・H・R

年 月 日生 (歳)

体重

kg

患者住所 (〒 ー)

患者職業

患者TEL () ー

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					検 査 部 位				
単 純					単 純				
造 影					造 影				
単純+造影					単純+造影				
頭 部	頭部				上 肢	□右肩関節 □左肩関節			
	頭部 (単純) MR+頭部MRA					□右上腕 □左上腕			
	頭部MRA+頸部MRA					□右肘関節 □左肘関節			
	頸部MRA					□右手関節 □左手関節			
	小児頭部					□右手 □左手			
	下垂体				下 肢	□右大腿 □左大腿			
	眼窩					□右膝関節 □左膝関節			
	内耳					□右下腿 □左下腿			
	耳下腺					□右足関節 □左足関節			
	副鼻腔					□右足 □左足			
	咽頭喉頭				骨 盤 部	膀胱			
	甲状腺					骨盤腔			
胸 部	胸部					前立腺			
	□右乳房 □左乳房					両股関節			
	□右腋窩 □左腋窩				大 血 管	全下肢動脈			
腹 部	腎臓					全身 DWI			
	MRCP (単純)				全 身	頸椎			
	上腹部 (単純) MR					胸椎			
	上腹部 (造影-Gd) MR					胸腰椎移行部			
	上腹部 (単純+造影-Gd) MR					腰椎			
	肝臓ダイナミックMR					全脊椎 (Sag T1,T2)			

【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】