

◆ MRI 撮影用 ◆

吹田徳洲会病院 MRI撮影申込書 兼 診療情報提供書 (医療機関専用)

医療・介護連携室(直) FAX 06-6878-5222 TEL 06-6878-5221

※FAX予約受付時間《平日 月～金 8:30～19:00、土 8:30～12:30》

紹介元医療機関 所在地 〒 _____

医療機関名 _____ 医師名 _____ 先生

TEL _____ FAX _____ 送信者 _____

[患者様データ]

氏名	フリガナ _____	男	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
		女	住所	〒 _____
			電話番号	_____

傷病名 検査目的	記入、又は診療情報提供書の添付をお願いします
-------------	------------------------

*MRIの同一検査、複数部位の撮影は日程(用紙)を分けて予約をしてください。ご協力お願い致します。

<p>撮影方法 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影</p> <p>撮影部位(1ヶ所に☑して下さい)</p> <p>頭部 <input type="checkbox"/> 頭部I+A <input type="checkbox"/> 頭部I+A+頸部MRA <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 頭部(内耳・眼窩・その他)</p> <p>頭頸部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> 唾液腺</p> <p>胸部 <input type="checkbox"/> 縦隔 (縦隔外・縦隔内・肋骨・胸骨・他) <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 心臓</p> <p>腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 腹部(その他)</p> <p>骨盤 <input type="checkbox"/> 子宮卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 骨盤(その他)</p> <p>脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨 <input type="checkbox"/> 全脊椎矢状断</p> <p>上肢(下記も) <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手部(手根骨・指)</p> <p>下肢(下記も) <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/> 下肢MRA <input type="checkbox"/> 下肢MRV</p> <p>上肢・下肢(丸印) ⇒ 左 ・ 右</p> <p>その他 <input type="checkbox"/> (_____)</p>	<p><input type="checkbox"/> CD-Rは撮影後患者様へ手渡しをお願いします <small>※原則、撮影翌日所見原本と郵送します</small></p> <p>《下記問診についてチェックしてください。》</p> <p>◎心臓ペースメーカー 無・有 (撮影不可) ◎人工内耳 無・有 (撮影不可) ○脳動脈クリップ・心臓人工弁 無・有 (種類確認) 材質: _____</p> <p>○体内金属(人工関節・コイル類・ステント類等) 無・有 (種類確認) 材質: _____</p> <p>○義歯 無・有 (磁石式撮影不可) 材質: _____</p> <p>○インプラント 無・有 (材質確認) 材質: _____</p> <p>○義足・義手・義眼 無・有</p> <p>○コンタクトレンズ・カラーコンタクト 無・有 (取り外し要)</p> <p>○入れ墨 無・有 (火傷の可能性)</p> <p>○化粧用品 無・有 (落として下さい)</p> <p>◎妊娠 無・有 (撮影不可)</p> <p>○閉所恐怖症 無・有</p> <p>☆検査施行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可</p> <p>☆医師署名(必須) _____</p> <p>☆本人または代理人署名 _____</p>
---	--

<p>☐造影 (申し込み時には下記の項目へご記入をお願い致します。)</p> <p>・過去に造影検査を受けたことがある <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・体重 _____ kg</p> <p>※過去に副作用があった方は検査内容と症状確認要</p> <p>・気管支喘息(過去5年以内の既往も含む) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有※造影不可</p> <p>・ヨードアレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有※造影不可 ・その他のアレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有</p> <p>・腎機能 eGFR(_____) Cr(_____) BUN(_____) 検査日: _____ 年 月 日</p> <p>・感染症 HCV抗体(+・-・未) HBs(+・-・未) TPHA(+・-・未)</p>	
--	--

予約 希望日	① _____ 月 _____ 日 (AM・PM)	② _____ 月 _____ 日 (AM・PM)
	③ _____ 月 _____ 日 (AM・PM)	④ 希望なし(依頼日から2W・3W・1ヶ月以内)
	ご都合の悪い日: _____ 月 _____ 日	