

検査種類

☐ CT☐ MRI

紹介状

(紹介先) 医療法人 聖心会 南古谷病院
埼玉県川越市久下戸110
049-235-8633 (MRI室直通)

申込日	年	月	日
検査予定	年	月	日
日 時	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分

(フリガナ)		性別	医療機関名(紹介元)
お名前		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	病院・医院 クリニック
生年月日	年 月 日	才	科 先生
住所	カルテ記載に同じ		連絡TEL ()
緊急連絡先	()		連絡FAX ()

報告書	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	画像はCD-Rでお渡し致します	妊娠チェック	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	()ヶ月 <input type="checkbox"/> 不明
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		造影剤副作用の既往	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	種類() <input type="checkbox"/> 検査未実施
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	手術部位()	喘息の既往	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	() 才 <input type="checkbox"/> 不明
体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位 () 材質 ()	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	MRSA ・ HA ・ HB ・ HC ・ 疥癬 その他 () <input type="checkbox"/> 検査未実施
針治療(留置針)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	材質 ()	身長()cm 体重()Kg	※必ず記入ください	
※ 全身の金属(磁性体・非磁性体)の有無のチェックを厳重にお願いします。 上記に「有」の患者さんは検査ができないことがあります。					

検査部位	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影
<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 頸部(甲状腺等)	<input type="checkbox"/> 脊髄 <input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 仙尾骨
<input type="checkbox"/> 聴器	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 骨盤()
<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・脾) (<input type="checkbox"/> EOB <input type="checkbox"/> Gd)	<input type="checkbox"/> 四肢()
<input type="checkbox"/> 顔面(副鼻腔等)	<input type="checkbox"/> 後腹膜(腎・副腎)	<input type="checkbox"/> その他()

臨床診断名(疑い含む)

--

症状・臨床経過、関連検査所見 及び 検査目的

--