

F A X 予約依頼票 (MRI用)

(紹介先)

令和 年 月 日

西脇市立西脇病院

(紹介元)

名称

所在地

放射線科

先生
御侍史

医師名

印

T E L

- -

F A X

- -

受診希望日	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	令和 年 月 日 時頃
-------	-----------------------------	-----------------------------	-------------

※希望に添えない場合がございますが、ご了承ください。

患者	フリガナ					性別	<input type="checkbox"/> 男	身長			cm
	氏名						<input type="checkbox"/> 女	体重			kg
	生年月日	年 月 日			歳	自宅	-		-		
	住所				電話	連絡先	-		-		
貴院への受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不詳										
撮影内容	区分	部位	区分	部位	左右	撮影方法					
	<input type="checkbox"/> 頭部系		<input type="checkbox"/> 骨盤系		眼窩・乳房 上肢・下肢 の場合	<input type="checkbox"/> Plain					
	<input type="checkbox"/> 頸部系		<input type="checkbox"/> 椎体系			<input type="checkbox"/> CE					
	<input type="checkbox"/> 胸部系		<input type="checkbox"/> 上肢系		<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> Plain+CE					
	<input type="checkbox"/> 腹部系		<input type="checkbox"/> 下肢系		<input type="checkbox"/> 右	※ 造影検査は 3か月以内の クリアチニン値					
※ 撮影1部位につき、この予約票1枚記入してください。						mg/dl					
臨床診断											

MRIの安全等に関する点検項目

<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	前回MRI	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	針治療の置き針
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	避妊リング
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	コイル・ステント・動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	歯科インプラント
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	人工弁・心臓ステント	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	妊娠
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	整形外科手術時の金属	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	閉所恐怖症
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	部位()いつ頃 年 月	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他()
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	刺青(化粧アイライン・まゆずみ含む)	点検項目確認しました。	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	薬剤注入装置(リザーバー)	依頼医師(署名)	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	大腸カメラのクリップ	印	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	事故・仕事による金属片や金属粉		

西脇市立西脇病院 放射線部 MRI室

※患者様に切り取ってお渡しください。

※来院の際に必ず持参してください。

紹介患者予約票

令和 年 月 日

病院名 西脇市立西脇病院

次のとおり予約を受けました。

担当者

I D					性別		生年月日	MT SH R	年 月 日
氏名									
診療科	放射線科		医師名						
診察(検査) 予約日時	令和 年 月 日 (曜日)				午前・午後 時 分 ※25~30分前にご来院ください。				

(注) 1 緊急検査などにより予約時間より多少遅れる場合がございます。

2 ご来院の際は、必ず下記のものをご持参ください。

【紹介患者予約票、 診療情報提供書、 健康保険証、 医療受給者証】

西脇市立西脇病院 放射線部 MRI室