

F A X 予約依頼票 (MRI用)

【直通 F A X 番号 : 0795-23-4580】

(紹介先)

令和 年 月 日

西脇市立西脇病院

(紹介元)

放射線科

先生  
御侍史

名称

所在地

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	-	-

西脇病院への受診歴  あり  なし  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	1 <input type="checkbox"/> Plain
	<input type="checkbox"/> 頸部系		<input type="checkbox"/> 椎体系			2 <input type="checkbox"/> CE
	<input type="checkbox"/> 胸部系		<input type="checkbox"/> 上肢系		<input type="checkbox"/> 左	3 <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 クレアチニン値
※ 撮影1部位につき、この予約票1枚記入してください。						mg/d l
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		
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	事故・仕事による金属片や金属粉	印	

西脇市立西脇病院 放射線部 MRI室

※患者さんに切り取ってお渡してください。

※来院の際に必ずお持ちください。

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。

I D				性別	生年月日	M T S H R	年 月 日
氏名							
診療科	放射線科	医師名					
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、必ず下記のものをお持ちください。

【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