

MRI・CT用 診療情報提供書 (FAX紹介予約申し込み書)

平成 年 月 日

〒 537-0011 大阪市東成区東今里2-12-13
医療法人弘善会 矢木脳神経外科病院

医療連携室 行

TEL 06-6978-2337(直)
FAX **06-6978-2338(直)**

[紹介元医療機関]

名称・所在地

医師名

印

TEL

FAX

予約内容

- マルチCT : 造影剤 (要 ・ 不要)
 M R I : 造影剤 (要 ・ 不要)

- 頭部 () 頸部 ()

【その他部位】

- 四肢 膝(右左)・股関節・肩(右左)・肘(右左)・関節(右左)・その他()
 脊椎 頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・()
 腹部 肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・大動脈・()
 骨盤 膀胱・前立腺・子宮・卵巣・()

診察(有・無): 診療科(脳神経外科・整形外科・総合診療科) 指定医(無・有) Dr.)

検査希望日

- いつでも可能 希望あり

第一希望 : 平成 年 月 日 ()
第二希望 : 平成 年 月 日 ()

フリガナ

患者氏名 男・女 M T S H 年 月 日生(満 歳)

〒 住 所 TEL ()

- 保 険 社 保 国 保 公費負担
 本 人 家 族 負担割合 () 割

記号: 番号:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- 交通事故(一括請求有・無 保険会社名) 連絡先 ()
 労災 ※当日 現認書をご持参ください 生活保護(担当CW名) ()

※保険情報は、保険証の写しを送信いただければ、記載の必要はありません。

傷 病 名

紹介目的

.....
.....
.....

MRI 検査における予約前の確認事項 (□にチェックしてください)

- | | | | |
|-------------|----------------------------|----------------------------|--|
| 心臓ペースメーカー | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | → 検査できません |
| 人工内耳 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | |
| 脳動脈瘤術後クリップ | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | → 場合により検査できない
場合があります。 |
| 冠動脈・頸動脈ステント | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | |
| 刺青、アートメイク | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | → 体内金属 有りの場合 下記を選択して下さい
脳動脈瘤クリップ・インプラント・人工骨頭・
関節プレート・ステント・置き針・
その他()
※ 年 病院にて |
| 妊娠 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | |
| 体内金属 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | |
| 著しい閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | |

画像検査結果 媒体

- (ご希望の媒体□に
チェックしてください)
 CD-ROM(患者様負担500円)
 フィルム(患者様負担1枚350円)
 不要

所見の有無

- 要 不要

備 考 ・受付時間 平日 8:45~19:00 土曜日 8:45~17:00 左記以外は、翌日又は休日明けにご返事いたします。
・必要がある場合は別紙に記載して添付してください
・予約FAXの送信は予約希望前日(日・祝をはさむ場合はその前日)までの8:45~19:00(土は17:00まで)をお願いします。