

MRI・CT検査用 診療情報提供書 (FAX紹介予約申し込み書)

令和 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 ()
- 胸部
- 腹部 MROP
- 脊椎 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 仙尾骨 ・ 全脊椎 ・ 頸胸椎移行部 ・ 胸腰椎移行部 ・ その他 ()
- 上肢 肩(右 左) ・ 上腕骨(右 左) ・ 肘(右 左) ・ 手関節(右 左) ・ 手指(右 左) ・ その他()
- 骨盤 膀胱 ・ 前立腺 ・ 子宮 ・ 卵巣 ・ 臀部 ・ 坐骨恥骨 ・ その他 ()
- 下肢 膝(右 左) ・ 股関節 ・ 大腿部(右 左) ・ 大腿骨(右 左) ・ 足関節(右 左) ・ その他 ()
- 骨密度測定 (DEXA法 DIP法)

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 : 令和 年 月 日 ()
- 第二希望 : 令和 年 月 日 ()

フリガナ

患者氏名 _____ 男 ・ 女 M T S H R 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	
妊娠	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
体内金属	<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
著しい閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	

※ かつら、ウィッグ、増毛スプレー使用されている際は当日外してご来院ください。

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

本人渡し 郵送

所見の有無

要 不要

FAX