

検査依頼票-Bは、03-5888-9188 へ FAX して下さい。当日持参してください

B

社会医療法人社団 医善会
いずみ記念病院

©2013 Izumi Memorial Hospital

MRI検査依頼票-B

(診療情報提供書) 患者持参用

紹介元医療機関名 (ゴム印可)

所在地

電話番号

診療科名 _____ 科 医師氏名 _____

患者情報

保険種類: ☐国保 ☐社保 ☐後期 ☐生保 ☐自費 ☐労災

貴医療機関 カルテ番号:

氏名: _____ 男・女 生年月日: M T S H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

連絡先: 携帯・自宅・勤務先 (_____) _____

予約日時 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

検査・造影区分 ※アレルギー、喘息、妊娠、Cr高値の方は造影不可

造 影 【有・無・一任する】

検査部位 ☐をチェック後、項目を○で囲んでください

- | | |
|--------------------------------|--------------------|
| ☐ 頭部 | (脳・脳動脈・下垂体・内耳・) |
| ☐ 頸部 | (頸動脈・甲状腺・咽頭口頭・) |
| ☐ 脊椎 | (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・) |
| ☐ 胸部 | (縦隔・乳房・) |
| ☐ 腹部 | (肝・胆・膵・腎・MRCP・) |
| ☐ 骨盤 | (子宮・卵巣・膀胱・前立腺・) |
| ☐ 大血管 | (胸・腹・骨盤・上肢・下肢・) |
| ☐ 肩関節 | (ひだり・みぎ) |
| ☐ 手関節 | (ひだり・みぎ) |
| ☐ 股関節 | (ひだり・みぎ) |
| ☐ 膝関節 | (ひだり・みぎ) |
| ☐ 足関節 | (ひだり・みぎ) |
| ☐ 上肢・下肢 | (上腕・肘・前腕・大腿・下腿・) |
| ☐ その他 | () |
| 撮影方向指示 | () |

※腹部や造影検査の方は、検査4時間前から食事制限あり
(お水・茶は可です)

※膀胱検査の場合は検査の2時間前からトイレをお控えください

主訴

診断名

検査目的

病状経過

検査画像 媒体・発送方法 希望を○で囲んでください ※ 読影レポートは後日郵送いたします

画像媒体: フィルム・CD 発送方法: 患者へ渡す・結果と一緒に郵送