

# 診療情報提供書 兼 依頼書

令和 年 月 日

フリガナ <b>氏名</b>				様
生年月日	年	月	日	男・女
連絡先	自宅 — —			
	日中連絡の取れる電話番号 — —			

紹介元医療機関名の所在地及び名称	
電話番号	— —
ご担当医師名	先生

検査区分
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT

予約日時
年 月 日 時 分

<b>検査部位</b>
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 脊椎 ( 頸・胸・腰・仙 ) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部・骨盤 <input type="checkbox"/> 上肢 ( 右・左 ) ( ) <input type="checkbox"/> 下肢 ( 右・左 ) ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )

<b>臨床診断・疑い病変名</b>		
検査部位、症状、検査目的、検査内容 (具体的に記入をお願い致します。)		
<table border="1"> <tr> <td>読影 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無</td> <td>           画像の搬送方法  <input type="checkbox"/> 郵送 ・ <input type="checkbox"/> ご本人渡し         </td> </tr> </table>	読影 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	画像の搬送方法 <input type="checkbox"/> 郵送 ・ <input type="checkbox"/> ご本人渡し
読影 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	画像の搬送方法 <input type="checkbox"/> 郵送 ・ <input type="checkbox"/> ご本人渡し	

※下記事項のチェックをお願い致します。

MRI	●ペースメーカー・人工内耳・体内精密機器・磁石で固定する入歯・金属加工業勤務の方・銃弾等の体内金属	有 ・ 無	<b>有の場合、検査できません。</b>
	●脳動脈クリップ・ステント・歯科用インプラント・歯列矯正・人工骨頭などの整形外科的金属等の体内金属 具体的に(手術日・部位・内容など)	有 ・ 無	有の場合、検査ができない場合があります。 <b>※来院する迄に、MRI可能か確認をお願い致します。</b>
	●刺青・アートメイク	有 ・ 無	有の場合、検査ができない場合があります。 ※火傷や変色のおそれがある為
	●アイメイク・ラメ入り化粧 ネイルアート	有 ・ 無	<b>有の場合、検査はできません。</b> 可能であれば、当日はつけてこないで下さい。
	●コンタクトレンズ・入歯	有 ・ 無	有の場合、外していただきます。 可能であれば、当日は眼鏡でご来院下さい。
	●閉所恐怖症	有 ・ 無	有の場合、検査ができない場合があります。
	●妊娠の可能性	有 ・ 無	<b>有の場合、検査できません。</b>
CT	●妊娠の可能性	有 ・ 無	<b>有の場合、検査できません。</b>

紹介先 医療法人社団 美里会  
**瀬谷ふたつ橋病院**  
 受付時間(9:00~17:00)

**予約専用番号 080-5949-7429**  
**FAX 045-303-5666**  
**TEL 045-303-1151(代表)**

この依頼書をFAXお願い致します。