

診療情報提供書 兼 依頼書

令和 年 月 日

フリガナ 氏名				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

検査部位
<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 ()

臨床診断・疑い病変名
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。)
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	有の場合、検査できません。
	●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。 ※来院する迄に、MRI可能か確認をお願い致します。
	●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・つけまつげ ネイルアート・マグネットネイルなど	有 ・ 無	有の場合、検査はできません。 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	有の場合、検査できません。
CT	●妊娠の可能性	有 ・ 無	有の場合、検査できません。

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。