

診療情報提供書【MRI検査依頼書】

年 月 日

診察依頼

\_\_\_\_\_科 ( \_\_\_\_\_ 先生)

医療機関名
医師名

単純MRI       造影MRI

検査希望日

第1希望日      年      月      日      曜日

第2希望日      年      月      日      曜日

第3希望日      年      月      日      曜日

★ 岡崎市民病院から詳細な診療状況を示す文書の提供を希望する

→  希望しない場合は左記に  を入れてください。

受診者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令      年 月 日
	住所			
	TEL	自宅電話	携帯電話	
当院診察券番号		(当院の診察券をお持ちの場合はご記入ください)		
【傷病名】				
【検査目的及び症状経過】				
MRI禁忌事項		確認	備考	
ペースメーカー・人工内耳・金属製の義眼 磁石式人工肛門・その他 ( )		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	ペースメーカーの場合は、循環器内科・放射線科受診が必要 有の場合、検査できない場合がございます。	
髄液シャント ※有の場合、備考欄への記入をお願いします (詳細不明の場合は留置した病院にお問い合わせください)		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	詳細不明の場合、検査できない場合がございます。 MRI撮影歴: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 デバイス名: ( ) 留置病院名: ( )	
補聴器・リブレ・磁石式インプラント		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	有の場合、直前に外していただきます。	
DIBキャップ (磁石式カテーテルプラグ)		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	有の場合、非磁性体カテーテルプラグに交換して、検査当日にご来院をお願いします。	
妊娠の可能性		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	有の場合、造影検査はできません。	

岡崎市民病院地域連携室 病診連携

(TEL : 0564-66-7262 FAX : 0564-25-6720)