

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

★ Web予約 年 月 日 曜日 時 分

★ 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	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)