

診療情報提供書(紹介状)

※①は当院にFAXしてから患者様にお渡しください。 FAX 047-314-8020

患者情報 フリガナ

ご紹介元医療機関(横判可)

氏名 様 所在地
 生年月日 年 月 日 名称
 連絡先(日中連絡の取れる番号) 性別 電話番号
 - - 男・女 ご担当医師名(診療科目) 印()

検査区分	検査日	検査時間
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	/	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 : 9:00の検査のみ 8:45受付 検査予約時間の30分前に受付にお越しください

検査部位	検査目的(できるだけ具体的にお願いします)
※③予約票に複写されます	
傷病名	
<input type="checkbox"/> 疑	備考 <input type="checkbox"/> 患者様が電話予約 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> CD持ち帰り

検査部位(原則としてMRIは1検査1部位)

頭部 VSRAD 下垂体 顔面 副鼻腔 聴器 内耳道 頸部
肺 縦隔 乳腺(MRI不可) 頸椎 胸椎 腰椎 仙椎 肋骨 前立腺 子宮卵巣
腫瘍(部位:) その他部位()
 MRI: 肝 腎/副腎 MRCP () CT: 腹部(上腹部から骨盤) ()
肩(右 左) 肘(右 左) 手関節(右 左) 手(右 左) 股関節(右 左) 膝(右 左)
足関節(右 左) 足(右 左) 上肢下肢(右 左 上腕 前腕 大腿 下腿)

● MRI検査の場合は下記事項の確認をお願いいたします はいの回答がある場合はMRI撮影は出来ません

①妊娠中もしくは妊娠の可能性がある	はい	いいえ
②磁気脱着式(マグネット)のインプラント・人工肛門・ウロパックなどを装着している	はい	いいえ
③マグネットネイル・ミラーネイル・フラッシュネイルをしている(外して頂ければ検査可能です)	はい	いいえ
④以下にあてはまる医療機器などを体内に装着している*はいの場合、以下のあてはまるものに○をしてください。 ステントなど期間が記載されているものは期間以上であれば問題ありません。	はい	いいえ

◆心臓ペースメーカー・人工内耳・人工中耳(MRI対応でも当院では不可) ◆植え込み型除細動器脳深部刺激装置
 ◆各種ステント(術後2カ月以内) ◆消化器クリップ(術後1カ月以内) ◆植え込み型心電用データレコーダー
 ◆体内埋込式インスリンポンプ ◆スワンガンツカテーテル ◆1970年以前の心臓人工弁(生体弁・機械弁)
 ◆緑内障フィルトレーションデバイス(術後2週間以内) ◆下大静脈フィルター(術後6週間以内) ◆脳室シャントバルブ(V-Pシャント)
 ◆磁石式義眼 ◆着脱不可インプラントの仮歯中・土台埋め込み(術後3カ月以内)
 ◆美容整形の金糸 ◆乳房再建用エキスパンダー ◆避妊リング(ノバT) ◆外傷などによる金属破片

● CT検査の場合は下記事項の確認をお願いいたします はいの回答がある場合はCT撮影は出来ません

①妊娠中もしくは妊娠の可能性がある	はい	いいえ
◆植え込み型除細動器や脳深部刺激装置を撮影部位に装着している	はい	いいえ
◆体内埋込式インスリンポンプを装着している	はい	いいえ
◆心臓ペースメーカーを装着している(機種によっては不可になります。お問い合わせください)	はい	いいえ

その他注意すべきもの

検査当日使用不可: 鉄粉を含む増毛パウダー 1日タイプの白髪染め マグネット式まつげ
 取り外して検査可能: 補聴器・カラーコンタクト・持続自己血糖測定器(リブレなど)・シーネ・金属製の装飾品
 入れ歯・経皮吸収薬(貼替持参)・ジェルネイル/入れ墨/タトゥー/アートメイク(発熱 火傷 変色の恐れあり)
 検査可能(撮影部位に近いと画像に影響あり): 整形外科的金属(チタン製)・金歯・銀歯・歯列矯正ブリッジ・胸骨ワイヤー