|  |
| --- |
| **診療情報提供書　兼　MRI撮影申込書** |
| MRI検査用 | 予約連絡先 | TEL 0987-72-1236(放射線科直通)FAX 0987-72-1332申し込みは、平日8:30～17:15 |
| 串間市民病院　宛 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日医療機関名医師氏名 ㊞住所電話番号ＦＡＸ番号 |
| 患者氏名等 | ID(当院使用欄) |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 大・昭・平　　 年　　 月　　 日(　　　歳) |
| 氏名 |  |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 保険者番号 |  | 記号番号 |  |
| 今までに串間市民病院を受診したことが　[ ] ある　[ ] ない |
| 予約日時(FAX前にご確認ください) |  年 月 日 時 分※あくまで予定時刻であり、当日の外来状況により遅れる場合があります。 |
| 診断名 |  |
| 経過及び紹介目的 |  |
| 検査部位 | [ ] 頭部　[ ] 頚部　[ ] 胸部　[ ] 腹部　[ ] 骨盤　[ ] 脊椎（[ ] 頸椎　[ ] 胸椎　[ ] 腰椎）　[ ] 四肢（[ ] 上肢　[ ] 下肢）　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 問診 | １．身長（　　　　　　　　　　ｃｍ）　体重（　　　　　　　　　　ｋｇ）　２．補聴器・人口内耳の有無 [ ] ある　[ ] ない３．人工心臓弁、ペースメーカ、心臓の貼付薬の有無 [ ] ある　[ ] ない４．体内の金属の有無(MRI対応か確認してください) [ ] ある　[ ] ない 手術した病院（　　　　　　　　　　　）いつ頃（　　　　　　　　　　　　　　） [ ] 脳動脈クリップ　[ ] 人口頭骨・関節　[ ] プレート　[ ] 手術クリップ　[ ] ワイヤー [ ] ステント　[ ] 体内留置カテーテル　[ ] 避妊リング　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　）５．入れ歯の有無 [ ] ある　[ ] ない６．刺青、アートメーク、マスカラ、貼り薬の有無 [ ] ある　[ ] ない [ ] 刺青　[ ] アートメーク　[ ] マスカラ　[ ] 貼り薬　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　）７．閉所恐怖症 [ ] ある　[ ] ない８．ＭＲＩ検査の経験 [ ] ある　[ ] ない　いつ頃（　　　　　　　　）病院名（　　　　　　　　　　）９．妊娠または妊娠の可能性 [ ] ある　[ ] ない10．＜造影検査の場合＞ アレルギーの既往 [ ] ある　[ ] ない 腎臓病の既往 [ ] ある　[ ] ない クレアチニン値 (　　　　　　　　 ) |

備考 FAXを送付される前に、お電話にて予約日時をご確認ください。

予約の変更、キャンセルは検査前日までにお電話にて必ずご連絡ください。

この検査申込書に記載されている個人情報は、検査目的以外には利用いたしません。