|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。