

診療情報提供書兼医療センター MR 検査予約申込書 (FAX 用)

船橋市立医療センター地域医療連携室 FAX 047-439-0737 申込日 令和 年 月 日

患者氏名 _____ 医療機関名 _____

生年月日 M・T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____

性別 (年齢) 男 ・ 女 (_____ 歳) TEL _____

病名 (症状) 日本語で記入してください。 FAX _____

経過及び他の画像所見・検査データ等

1. 依頼検査 検査は1部位のみを選択してください・四肢に関しては左右を必ず記載してください。

部位	項目 (希望項目 1 個のみに○印を記入ください)
<input type="checkbox"/> 頭部	・脳単純 (MRA 含む) ・下垂体 ・内耳道 ・眼窩 ・副鼻腔 ・頭部軟部
<input type="checkbox"/> 頸部	・耳下腺 ・顎下腺 ・甲状腺
<input type="checkbox"/> 胸部	・縦隔 ・胸部軟部
<input type="checkbox"/> 上腹部	・肝胆膵 ・MRCP ・腎副腎
<input type="checkbox"/> 下腹部	・膀胱 ・前立腺 ・子宮卵巣 ・陰のう睾丸
<input type="checkbox"/> 大血管	・胸部大動脈 ・腹部大動脈 ・胸腹部大動脈 ・下肢動脈
<input type="checkbox"/> 脊椎	・頸椎 ・胸椎 ・腰椎 ・仙骨
<input type="checkbox"/> 骨盤骨	・骨盤骨 ・右股関節 ・左股関節
<input type="checkbox"/> 四肢	・(左 右) 指 ・(左 右) 手関節 ・(左 右) 前腕 ・(左 右) 肘関節 ・(左 右) 上腕 ・(左 右) 肩関節 ・(左 右) 鎖骨 ・(左 右) 肋骨 ・胸骨 ・(左 右) 大腿骨 ・(左 右) 膝関節 ・(左 右) 下腿 ・(左 右) 足関節 ・(左 右) 足部

2. その他追加希望撮像シーケンスがあればご記入ください。

以下該当欄にチェック (レ印) をしてください。

3 読影希望 有 無

4 CD 希望 有 無

5 検査希望日 有 (令和 年 月 日 曜日) 無

6 患者状態 (チェックがなければ検査ができません)

・状態 歩行 要介助 ストレッチャー 補聴器 妊娠 (_____ カ月)

利尿剤投与 てんかん 不整脈 (詳しく _____)

・感染症 Wa-R MRSA HBs 抗原 HCV その他 (_____)

・手術経験 ない ある (詳しく _____)

・埋込金属 なし

—以下該当があれば検査不可—

心臓ペースメーカー 動脈瘤クリップ 冠状動脈バイパスクリップ その他動脈クリップ

腎移植クリップ 伏針

—以下担当医の許可により施行—

消化管吻合用クリップ 人工弁 鼓室形成術 義眼

人工関節 強磁性体 ※全身の金属製品 (磁性体) の有無チェックを厳重にお願いいたします

セラミック ※消化管吻合クリップを体内に認める方は検査前に MR 室担当にご相談ください

その他 (詳しく _____)

船橋市立医療センター 地域医療連携室取扱者 (R01.12.20)