

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 平成 年 月 日

ふりがな

患者氏名 _____ 医療機関名 _____

生年月日 M・T・S・H 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○印を記入下さい)
<input type="checkbox"/> 頭部	・脳単純(MRA含) ・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	・肝胆脾 ・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. 撮影希望 有 無

4. 検査希望日 有(平成 年 月 日 曜日) 無

5. 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(_____ ヶ月)
- 利尿剤投与 てんかん 心不整脈(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

ー以下該当があれば検査不可ー

- 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

ー以下担当医の許可により施行ー

- 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 _____)