

MRI検査：検査申込書 兼 診療情報提供書

| | | | |
|--|---|--|------|
| <p>〒136-0071 東京都江東区亀戸9-13-1  独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京城東病院 地域医療連携室 宛 TEL : 03-3637-2589 (直通連絡先) FAX : 03-3637-6916 受付 : 平日 午前 8:30 ~ 午後 5:15</p> | | <p>依頼医療機関 医師名 TEL : FAX : ※ 検査担当より、確認等の目的でご連絡させて頂く場合がございます</p> | |
| ふりがな | | 男 ・ 女 | 患者氏名 |
| <p>〒 住所</p> | | 生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 電話番号 : | |
| 検査日 | 月 日 曜日 (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分) | | |
| 検査 | <input type="checkbox"/> 単純MRI検査 | | |
| 検査部位 | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 ・「部位」や「左・右」等の詳細は「検査目的」欄への記載をお願い致します | | |
| 医療機器・体内金属 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (詳細 :) <input type="checkbox"/> 不明 ・持続血糖測定装置、心臓ペースメーカー、磁性インプラント、人工内耳 等 | | |
| その他の留意事項 ※アレルギーの有無 等 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : | | |
| 検査目的 | | | |
| 症状・臨床所見 | | | |
| 既往歴・その他 | | | |
| 読影レポートの有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | |
| 画像情報の提供 | <input type="checkbox"/> 当日：患者様ご本人等への手渡し <input type="checkbox"/> 後日：郵送 ・お渡しはCD／DVD形式となります（フィルム出力には対応しておりません） ・いずれの場合も読影レポートは後日郵送となります（目安：一週間） | | |
| <p>○ ご紹介ありがとうございました</p> <p>検査当日、患者様には以下をご持参の上、ご来院くださいますようご案内願います。</p> <p><input type="checkbox"/> 当院送付の書類一式：検査予約票 等 <input type="checkbox"/> 保険証（あれば当院診察券） <input type="checkbox"/> 各種受給者証</p> | | | |