診療情報提供書 兼 MRI依頼書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **※必ず太枠内をご記入ください** | | | | 紹介医療機関名 塩竈市立病院 | | | | |
| 担当医先生宛 | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | |
| 紹介元医療機関名 | | | | |
| 紹介・指示医師名 | | | | |
| 所在地 | | | | |
| 電話番号 | | | | |
| ＦＡＸ番号 | | | | |
| 患者氏名： | | | | | | | | |
| 生年月日： | 大正・昭和・平成・令和 年 月 　日 | | | |  |  |  |  |
| 患者住所： | | | | | | | | |
| 傷病名 | | | | | | | | |
| 既往歴・家族歴 | | | | | | | | |
| 経過及び検査目的 | | | | | | | | |
| 予約日時 令和 年 月 日 ＡＭ・ＰＭ 時 分 | | | | | | 体重 | kg | |
| 検 査 部 位 □単純のみ □7969単純＋造影 | | | | | | | その他撮影 | |
| 61408頭部 | 61408躯幹部 | | | | 61408四肢 | |
| □脳 | □縦隔 |  | □骨盤腔 | | □上腕・前腕（Ｒ・Ｌ） | | □脳MRA |  |
| □頚部 | □肝胆膵脾 |  | □胸椎 | | □肘関節 （Ｒ・Ｌ） | | □MRA □造影MRA | |
| □頚椎 | □腎・副腎 |  | □腰椎 | | □手関節 （Ｒ・Ｌ） | |  | |
| □ | □乳房（Ｒ・Ｌ） | | □ | | □大腿 （Ｒ・Ｌ） | | 頚部・胸部・腹部 | |
|  | □肩関節（Ｒ・Ｌ） | |  | | □下腿 （Ｒ・Ｌ） | | 上肢・下肢 | |
|  | □股関節（Ｒ・Ｌ） | |  | | □膝関節 （Ｒ・Ｌ） | |  |  |
|  |  | |  | | □足関節 （Ｒ・Ｌ） | | □ＭＲＣＰ |  |
| □MRI検査注意事項の確認 | | □閉所恐怖症 無の確認 | | | 造 影 剤 等 | | | |
| □造影剤使用時禁忌事項の確認 | |  | |  | 56778□ﾌﾟﾛﾊﾝｽｼﾘﾝｼﾞ | |  | 13ml １ 本 |
| □体内の金属 □無 □有（部位 ）にある金属は安全 | | | | | 56779□ﾌﾟﾛﾊﾝｽｼﾘﾝｼﾞ | |  | 17ml １ 本 |
|  | | | | | 55197□EOB・プリモビスト | | | 5ml １ 本 |
| 確認医師署名： | | | | | 55198□EOB・プリモビスト | | | 10ml １ 本 |
| 53636□リゾビスト | |  | １本 |
| 技 師 名： | | 撮影番号： | | | 48859□生食 | |  | 20ml 本 |
| 2303 □サーフロー針 | |  | １本 |
| 7987 □フィルム枚数 | |  | 枚 |

|  |  |
| --- | --- |
| Transverse（横断） |  |
| Sagittal（矢状断） |  |
| Coronal（冠状断） |  |