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） |  |