

## 外部MRI予約票 [診療情報提供書]

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

紹介元医療機関名 (病院・施設印で構いません)

熱海所記念病院 (FAX 0557-83-5412)

当院受診歴 (あり・なし)

予約日時 月 日 時 分

医師名

刀がナ

患者氏名 様 男・女 M・T・S・H 年 月 日生

住所 TEL ( ) -

・診断名・疑い病名

・診断名に対する臨床情報

※ 検査必要項目を下記から選択し、○をつけてください

頭部	・脳疾患スクリーニング ・急性期脳梗塞 (発症 2 週間以内) ・認知症 ・頸動脈血管精査 ・頭蓋内腫瘍精査
躯幹 下肢動静脈	・頸部腫瘍精査 ・腹部腫瘍精査 ・胆管・総胆管結石 ・子宮・卵巣精査 ・前立腺精査 (造影) ・ASO (閉塞性動脈硬化症) ・深部静脈血栓症
整形領域	・頸椎 ・胸椎 ・腰椎 ・肩関節 ・肘関節 ・手関節 ・手 (手指) ・股関節 ・膝関節 ・足関節 ・足
整形領域 病名選択	・ヘルニア疑い ・脊柱管狭窄症 ・骨折 ・関節症 ・腫瘍精査 ・Meta精査 ・腱板損傷 ・半月板損傷 ・靭帯損傷 ・その他 ( )
造影検査	1. なし 2. あり※ ※ MRI造影剤検査を必要とする場合は、別紙の「MRI造影剤の同意書」の記載をお願いします

※ 医師チェック項目 (あてはまる項目に○をつけてください)

## ■ MRI絶対的不可条件のチェックをお願いします

1. なし

2. あり →

- ・ペースメーカー ・脳動脈瘤クリップ (非チタン) ・心臓人工弁 ・体内埋め込みクリップ
- ・人工関節・人工骨頭 ・妊娠初期 (8~12週) ・カラーコンタクト
- ・治療針 (鍼灸用等) ・磁石付入歯 ・閉所恐怖症
- ・不穏 ・刺青 ・その他 ( )