

診療情報提供書 (MR検査依頼書)

NTT東日本関東病院 医療連携室
TEL 03-3448-6111 (代表)
FAX 0120-34-4810 (03-3448-6071)

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

患者情報	
フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日 (満 歳)
性別	男・女
身長	cm
体重	kg
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし ※ 妊娠の可能性ありの場合には検査を行えない場合があります <input type="checkbox"/> あり
住所	〒
電話番号	

依頼元医療機関
住所
医療機関名
電話番号
FAX番号
医師名
関東病院受診歴 <input type="checkbox"/> あり【診察券番号】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

検査希望日	第1希望 年 月 日 時頃 第2希望 年 月 日 時頃 ※ご予約は申込日の翌々日以降になります。 ※FAX受信後、貴院宛に予約日時のご連絡を致します。																												
検査部位 (1つ選択)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脳</td> <td><input type="checkbox"/> 胸部/縦隔</td> <td><input type="checkbox"/> 頭頸部血管</td> <td><input type="checkbox"/> 頸椎</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脳+脳血管 (MRA)</td> <td><input type="checkbox"/> 乳房</td> <td><input type="checkbox"/> 胸部血管</td> <td><input type="checkbox"/> 胸椎</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 下垂体</td> <td><input type="checkbox"/> 上腹部</td> <td><input type="checkbox"/> 腹部血管</td> <td><input type="checkbox"/> 腰椎</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 眼窩</td> <td><input type="checkbox"/> 上腹部 (MRCP)</td> <td><input type="checkbox"/> 骨盤部~下肢血管</td> <td><input type="checkbox"/> 仙尾椎</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 聴器</td> <td><input type="checkbox"/> 骨盤部</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 股関節</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 頸部</td> <td><input type="checkbox"/> 腎尿管膀胱 (MRU)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 右・左 上肢 () ※</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 右・左・両 下肢 () ※</td> </tr> </table> ※四肢については左右を○で囲み、手、膝、前腕など具体的部位を括弧内に記入してください。	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 胸部/縦隔	<input type="checkbox"/> 頭頸部血管	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 脳+脳血管 (MRA)	<input type="checkbox"/> 乳房	<input type="checkbox"/> 胸部血管	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 腹部血管	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 上腹部 (MRCP)	<input type="checkbox"/> 骨盤部~下肢血管	<input type="checkbox"/> 仙尾椎	<input type="checkbox"/> 聴器	<input type="checkbox"/> 骨盤部		<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 腎尿管膀胱 (MRU)			<input type="checkbox"/> 右・左 上肢 () ※		<input type="checkbox"/> 右・左・両 下肢 () ※	
<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 胸部/縦隔	<input type="checkbox"/> 頭頸部血管	<input type="checkbox"/> 頸椎																										
<input type="checkbox"/> 脳+脳血管 (MRA)	<input type="checkbox"/> 乳房	<input type="checkbox"/> 胸部血管	<input type="checkbox"/> 胸椎																										
<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 腹部血管	<input type="checkbox"/> 腰椎																										
<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 上腹部 (MRCP)	<input type="checkbox"/> 骨盤部~下肢血管	<input type="checkbox"/> 仙尾椎																										
<input type="checkbox"/> 聴器	<input type="checkbox"/> 骨盤部		<input type="checkbox"/> 股関節																										
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 腎尿管膀胱 (MRU)																												
<input type="checkbox"/> 右・左 上肢 () ※		<input type="checkbox"/> 右・左・両 下肢 () ※																											
造影剤使用	<input type="checkbox"/> 希望しない ※ 造影剤使用の場合には患者さんにご説明の上、同意書の取得と記入をお願いします。あらかじめ採血データ (血清クレアチニン) による腎機能の確認と検査結果などの添付をお願いします。 <input type="checkbox"/> 希望する ※ 実際の使用は同意書、腎機能および検査目的から当院放射線部医師の判断で最終決定します。																												
体内金属情報	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 非磁性体と確認できない脳動脈瘤止血クリップ <input type="checkbox"/> 除細動器 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 人工内耳 ※ 心臓ペースメーカー、除細動器などを挿入された患者さんは、MR対応でも医療連携での検査は行いません。																												
臨床診断 (病名)																													
検査目的/臨床情報など																													
画像の提供方法	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 画像ディスク																												