

紹 介 状 (診療情報提供書)

( M R )

年 月 日

医療機関 佐野厚生総合病院

担当医 放射線科診断医 殿

TEL 0283-22-5222

FAX 0283-22-8982

放射線科受付 内線 5100

MR室 内線 5140

医療機関の所在地

および名称

電話番号

医師氏名

㊞

フリガナ 患者氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)	男・女
主訴・病名 既往歴 家族歴等				
紹介目的				
病状経過				
診療経過				
現在の処方				

身体内金属物質等の有無について嚴重にチェックしてください。

	有	無		有	無		有	無
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工弁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	テンカン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工内耳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義足・義手	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不整脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	鼓室形成術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	妊娠( カ月)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
他の手術用クリップ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	体内金属異物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
整形外科的金属類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

患者が20~30分以上静止できますか。(できる・できない)

方法	・ MRI	1 頭部.....	4 胸部.....	患者の状態 ・ ベッド ・ 車椅子 ・ 歩行器 ・ 難聴
	・	2 顔面.....	5 腹部.....	
		3 頸部.....	6 骨盤.....	
体重	kg	7 脊椎 8 頸椎 9 胸椎 10 腰椎 (部位: )	四肢 骨 ・ 関節 ・ 筋肉 (部位: )	前回 MR: 有・無 前回 CT: 有・無

※注意 必要事項をご記入の上、FAX をお願いいたします。