

MRI検査用

大阪南医療センター地域医療連携室【放射線科依頼書 FAX用紙】

FAX番号：0721-50-4416(直通) 電話：0721-50-4415(直通)

* 地域連携室受付時間は 月～木曜日9:00～17:15まで/金曜日9:00～20:00まで/土曜日9:00～13:00 となります。
* (ただし、上記曜日で祝日の場合は対応していませんのでご了承下さい。)

患者様基本情報		性別	生年月日	
患者様のご氏名	(フリガナ)	男 女	大正 昭和 平成 令和	年 月 日生 ()歳
	様			
住所	〒	電話番号	-	-
当センターでの受診歴の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (診察券の番号:)			
患者様の病名・主症状 *必ずご記入願います				現在、貴院に 通院中 入院中 (該当する方に○印をお願いします。)
ADL 該当に☑してください	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり → 来院方法をご記入下さい []			
医療機関名		電話番号		
住所 医師名		FAX番号		

撮影依頼項目選択 *撮影希望は1撮影・検査ごとに1枚ずつ依頼書が必要になります。

◆撮影(検査)希望日◆

以下のいずれかの撮影・検査に☑チェックし、希望日を記入下さい。

第1希望日: 月 日 曜日
第2希望日: 月 日 曜日

MRI検査

検査項目	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影
選択項目にチェックをお願いします		
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 ()	
選択項目にチェックをお願いします	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 上肢 () <input type="checkbox"/> 下肢 ()	
	<input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> DWIBS <input type="checkbox"/> VSRAD	

*造影検査予約には安全確認のため、問診票(同意書)を必ずご記入頂き、ご依頼時にFAXをお願いします。

MRI検査チェックシート

・ペースメーカー、植込み型除細動器を装着していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・人工内耳を装着していますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・手術やカテーテル治療などで金属が体内に入っていますか(年 月頃) 材質は()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・義眼をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・身体に刺青(いれずみ)をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・閉所恐怖症ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・金属を研磨するような仕事の経験がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
・磁石(じしゃく)で固定する入れ歯(インプラント等)をしていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

注:チェック項目により身体に危険な場合があります、検査が出来ないことがあります。

検査結果について	*検査後の画像・所見は「ゆうパック」にて数日以内に郵送致します。 *CT・MRI検査(単純のみ)15:30までの予約をされている患者様に限り、お急ぎの場合は、検査後、所見はFAX送信・画像は患者様にお渡し致しますので、それぞれに☑をお願いします。 所見至急 <input type="checkbox"/> ・画像お渡し <input type="checkbox"/> *画像情報形態はCDです。
----------	--

連絡事項等