

## 診療依頼票 MR検査(FAX送付票)

FAX送信日 令和	年	月	日( )	検査日 令和	年	月	日( )
フリガナ				大・昭・平・令			
患者氏名				年 月 日生( 歳)	性別	男・女	
住所・電話番号	〒			(TEL - - )			

保険情報	保険者番号		公費番号	市町村番号	
	記号・番号			受給者番号	
	資格取得		福祉医療	負担者番号	
	続柄	本人・家族		受給者番号	

## 診療情報提供書

杉田玄白記念 公立小浜病院  
放射線科  
担当 医 先生

所在地  
医療機関  
電話・FAX  
医師氏名

印

臨床診断名			
主訴 臨床経過 検査目的 コメント			
撮影部位	頭部・頸部・胸部・上腹部・骨盤・脊椎(頸、胸、腰)・四肢・その他( )		
造影	要・不要	感染症	
腎障害	-・+ (クレアチニン . mg/dl )		
身長	cm	ペースメーカー	有・無
体重	kg	妊娠中または妊娠の可能性	有・無
喘息	有・無	コンタクトレンズ	有・無
職業上金属粉を浴びている	有・無	閉所恐怖症	有・無
体内金属	有・無	MRI用造影剤アレルギー	有・無
脳動脈クリップ	有・無	血管内ステントコルク、フィルター	有・無
義眼、人工内耳	有・無	手術の既往	有・無
義歯、補聴器	有・無	入れ墨、アートメイク	有・無
移動形態	単独歩行可・歩行(要介助)・車椅子・ストレッチャー		

※心臓ペースメーカー、人工内耳、可動義眼を使用している方は、MRI検査を受けることができません。

※太枠の中は、必須事項となりますので必ずご記入ください。