

診療情報提供書〔検査予約患者紹介状〕

紹介 先 医 療 機 関	川崎市麻生区万福寺6-7-2メディカルモリノビル3F・4F 聖マリアンナ医科大学附属 ブレスト&イメージングセンター イメージング担当医	紹 介 元 医 療 機 関	名称： _____ 所在地： _____ Tel： _____ Fax： _____ 医師： _____
患 者 情 報	フリガナ 氏名： _____ 性別： M・F 住所： _____ Tel： _____ 生年月日： _____年____月____日（ ____歳） 受診歴： 無・有（診療券番号： _____） （当施設及び聖マリアンナ医科大学病院）	検 査 希 望 日	① _____月____日（ AM・PM） ② _____月____日（ AM・PM） ③ _____月____日（ AM・PM） ④ _____月____日（ AM・PM）

使用保険情報(いずれかを選択して下さい) 社保・国保 労災 自賠 その他

検査項目 ()		結果報告： <input type="checkbox"/> 報告書 <input type="checkbox"/> 報告書 + CD
M R	頭部	脊椎(頸・胸・腰)
	VSRAD	肩関節(右・左)
	頸部	肘関節(右・左)
	MRCP	手関節(右・左)
	肝臓	股関節(右・左)
	骨盤	膝関節(右・左)
		足関節(右・左)
	乳腺造影 Cr.: _____ mg/dL BUN: _____ mg/dL eGFR: _____ mL/min	その他 ()
体内の金属インプラント <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー・植込型除細動器：無 <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ：無 or 対応品 <input type="checkbox"/> 人工心臓弁・下肢静脈フィルター・各種ステント：無 or 対応品 <input type="checkbox"/> 人工関節・人工骨頭：無 or 対応品 <input type="checkbox"/> その他() ()		
その他確認事項 *磁気着脱式義歯がある場合事前の確認をお願いします <input type="checkbox"/> 刺青・アートメイク：無 <input type="checkbox"/> 妊娠中および可能性：無 <input type="checkbox"/> 怪我などでの金属異物：無 <input type="checkbox"/> 狭い所が苦手：無 ()		
*上記事項確認済で検査可能である(はい・いいえ)		
C T	頭部	腹部(上・下)
	副鼻腔	胸-腹部(上・下)
	側頭骨	脊椎(頸・胸・腰)
	頸部	四肢()
	胸部	その他 ()
心臓ペースメーカー及び植込型除細動器がある場合 同部位を含む検査は行えません 妊娠及びその可能性がある場合検査は行えません *上記事項確認済で検査可能である(はい・いいえ)		
*上記事項確認済で検査可能である(はい・いいえ)		
U S	甲状腺	その他 ()

医療情報(仮診断・検査目的等)