

## 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  
 プレスト&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)	<b style="color: red;">体内の金属インプラント</b> <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( ) ( ) <b style="color: red;">その他確認事項</b> *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 ( ) <b>* 上記事項確認済で検査可能である(はい・いいえ)</b>
	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)	
	その他 ( )		
C T	乳腺造影 Cr.:        mg/dL BUN:        mg/dL eGFR:       mL/min		<b style="color: red;">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</b>  <b style="color: red;">妊娠及びその可能性がある場合検査は行えません</b>  <b>* 上記事項確認済で検査可能である(はい・いいえ)</b>
	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 ( )		
U S	甲状腺		

医療情報 (仮診断・検査目的等)