

紹介先医療機関

市立池田病院

紹介元

医療機関名

科

住所

TEL

FAX

紹介先医師名

医師名

市立池田病院来院歴	有・無	登録医番号		患者様への登録医の提示	する・しない
-----------	-----	-------	--	-------------	--------

フリガナ		男	生年月日	明・大・昭・平
患者氏名		女		年 月 日生(歳)
住所	TEL ()			

傷病名	
紹介(検査)目的	
	入院希望(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)

保険者番号	<input type="text"/>	公費負担者番号	
記号・番号		公費負担受給者番号	
保険種類	国保・社保 本人・家族	負担割合	0割・1割・2割・3割

希望日	① 年 月 日 ② 月 日
緊急度	依頼日から 当日・1W・2W・3W・1ヶ月

MR撮影 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 クレアチニン値 ()	頭 部	<input type="checkbox"/> 全脳 <input type="checkbox"/> 後頭蓋 <input type="checkbox"/> 下垂体
	頸 部	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 顎下腺 <input type="checkbox"/> 舌・口腔 <input type="checkbox"/> 顎関節
	胸 部	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 胸部背側
	腹 部	<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> リゾビスト <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 腹壁 <input type="checkbox"/> 腹部背側 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> MRU
	脊椎(頸、胸、腰、仙)	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰・仙椎 <input type="checkbox"/> 仙・尾骨
	骨 盤 部	<input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> 骨盤腹壁 <input type="checkbox"/> 前立腺(直腸コイル使用)
	MRアンギオ	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部~上肢 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 骨盤~下肢
	上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手根関節 <input type="checkbox"/> 手部
下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足部	

*感染症 なし あり(HBsAg HCV TPHA)

*MR造影の場合は、クレアチニン値の記入をお願いします。

*フィルムおよび所見の送付について、下より選んでください。

所見用紙のみでよい 所見用紙と貸し出しフィルム希望

所見用紙とCD-R希望 所見用紙とフィルム原本

*都合の悪い月日、曜日があれば記載してください。