

市立池田病院MR予約申込書

FAX:(072)754-6380

年 月 日

TEL:(072)754-6379

紹介先医療機関

市立池田病院

紹介元

医療機関名

科

住 所

T E L

F A X

医 師 名

紹介先医師名

保険者番号								記号・番号		続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
-------	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	----	---

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

傷病名

紹介(検査)目的※診療情報提供書の添付をお願い致します。

希望日	① 年 月 日	② 年 月 日	③ 年 月 日
-----	---------	---------	---------

MR撮影 <input type="checkbox"/> 単 純  <input type="checkbox"/> 造 影 クレアチニン値 ( ) 採血日 ( )  造影の場合は、 3ヶ月以内の 数値をご記入下さい。	頭 部	<input type="checkbox"/> 全脳 <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"/> リンパスト <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 腹壁 <input type="checkbox"/> 腹部背側 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> MRU
	脊 椎	<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"/> 腹壁
	MRアンギオ	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 腹部 <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
検査結果	<input type="checkbox"/> 所見用紙のみ <input type="checkbox"/> 所見用紙とCD-R	

感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> TPHA)
-----	---

都合の悪い月日、曜日があれば記載してください。