



診療情報提供書 [検査用]

平成 年 月 日

特定医療法人
ぎつこう会

- ・ 多根総合病院
- ・ 多根脳神経リハビリテーション病院

ご紹介元

科 医師宛

| 検査名 | 検査日時 |
|-----|--------------------|
| ① | ①平成 年 月 日() 時 分予約 |
| ② | ②平成 年 月 日() 時 分予約 |
| ③ | ③平成 年 月 日() 時 分予約 |

ふりがな (男・女)

患者様氏名 殿 M・T・S・H 年 月 日生(満 歳)

患者様住所(〒 -) 電話()

傷病名

紹介目的 要望検査(部位等を記入してください。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MRI 検査における予約前の確認事項 (□にチェックして下さい)

有りの場合

心臓ペースメーカー.....□無 □有→絶対禁忌

脳動脈瘤術後クリップ.....□無 □有→禁忌*1(ご予約できません)

冠動脈・頸動脈ステント.....□無 □有→原則禁忌*2

刺青.....□無 □有→原則禁忌・詳細は予約時に相談してください

妊娠.....□無 □有→原則禁忌

人工内耳.....□無 □有→絶対禁忌

その他手術による体内金属.....□無 □有→原則禁忌・予約時相談

閉所恐怖症.....□無 □有→ひどい方はできないかもしれません

前回 MRI 検査の有無.....□無 □有

その他予約前の確認事項

薬物禁忌.....□無 □有()

アレルギー体質.....□無 □有()

気管支喘息.....□無 □有()

感染症.....□無 □有(H B + ・ -)
(HCV + ・ -)
(ワ氏 + ・ -)

* [胃カメラの申込にあたっては、感染症の検査が1年以内に行われていれば記入願います]

*1: 必要な場合はクリップの材質等、MRI 検査の可否を脳外科にご相談ください

*2: ステントの材質等安全性の確認(ステントを施行した施設にお問い合わせ下さい)。ステントの材質によらず施行後、2ヶ月以上経過していることが必要です。

検査のご予約ができましたら、本情報提供書と保険証のコピーを前もってFAXでご送信されれば、カルテ等の準備をして患者さまのご来院をお待ちしております。