

MRI検査申込書 兼 診療情報提供書(紹介元医師記入用)

紹介先医療機関
〒110-8645
東京都台東区東上野2-23-16
(公財)ライフ・エクステンション研究所付属 永寿総合病院
代表電話 03(3833)8381
地域医療連携室 03(3833)8897
FAX番号 03(3834)2351

紹介元医療機関
〒
住所
医療機関名
電話番号
FAX番号

フリガナ		<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大	年 月 日	男・女
患者氏名	殿	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令		
永寿総合病院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	診察券番号:		

検査予約日時	年 月 日 午前・午後 時 分													
検査部位 (検査時間が限られているため原則1部位とさせて頂きます)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎) <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> その他 ()													
MRAの希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり													
造影剤使用希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一任 *造影剤使用希望あり、もしくは一任の場合 喘息の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 腎排泄機能 <input type="checkbox"/> 直近採血結果添付 <input type="checkbox"/> 採血結果転記 <input type="checkbox"/> 採血結果なし <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td rowspan="3">転記欄</td> <td>検査日: 西暦</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>クレアチニン ()</td> <td colspan="3">mg/dL</td> </tr> <tr> <td>eGER ()</td> <td colspan="3">ml/min</td> </tr> </table>	転記欄	検査日: 西暦	年	月	日	クレアチニン ()	mg/dL			eGER ()	ml/min		
転記欄	検査日: 西暦		年	月	日									
	クレアチニン ()		mg/dL											
	eGER ()	ml/min												
検査目的 【必須入力】														
臨床経過														

被験者チェックリスト(依頼医師が記入してください)

① 心臓ペースメーカー使用の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
② 磁性体の脳動脈瘤クリップの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
③ 人工内耳使用の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
④ 刺青の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
⑤ その他の体内金属の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
⑥ 妊娠又はその疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (月)