

MR I 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

紹介元医療機関

〒110-8645

東京都台東区東上野2-23-16

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 03(3834)2351

フリガナ				
患者氏名	殿	明・大 昭・平	年 月 日	男・女
永寿総合病院受診歴	□なし□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部位とさせていただきます)	<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	□なし□あり			
造影剤使用希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 一任 あり、一任の場合 腎排泄機能 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 () ※血液データを添付して頂けると幸いです 喘息の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※プリモビスト造影剤使用希望の際はご連絡ください。			
検査目的 (必須)				
臨床経過				

被験者チェックリスト(依頼医師が記入して下さい)

①心臓ペースメーカー使用の有無	□なし□あり
②磁性体の脳動脈瘤クリップの有無	□なし□あり
③人口内耳使用の有無	□なし□あり
④刺青の有無	□なし□あり
⑤その他の体内金属の有無	□なし□あり()
⑥妊娠またはその疑い	□なし□あり(月)