

診療情報提供書(MRI検査紹介状)

年 月 日

三好病院 宛

FAX:0798-67-4255

紹介先医療機関 医療法人 芳恵会 三好病院 兵庫県西宮市甲子園口北町24番9号 TEL(代) : 0798-67-3505 FAX(代) : 0798-67-4255				紹介元医療機関 名称: 所在地: TEL : FAX :			
フリガナ				[大・昭・平・令]			
患者氏名		男 女		年 月 日生 (才)			
患者住所 (〒 -) 電話:							
傷病名							
紹介目的							
検査日(第一希望) : 年 月 日 午前・午後				読影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要			
検査日(第二希望) : 年 月 日 午前・午後							
検査 部 位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 [<input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> その他:]						
	<input type="checkbox"/> 椎体 [<input type="checkbox"/> 頸椎: 番 <input type="checkbox"/> 胸椎: 番 <input type="checkbox"/> 腰椎: 番 <input type="checkbox"/> 仙・尾椎]						
<input type="checkbox"/> 関節 [左・右] [<input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節]							
<input type="checkbox"/> その他の特記事項 [
問 診 票 (不測の事態を避ける為に確認をお願い致します)							
MRA歴 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 有 [年 月 日 分かる範囲で結構です]							
手術歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [時期・術式等]							
心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
体内金属(心臓人工弁・脳動脈クリップ・人工内耳等) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
取り外し可能な金属(義歯・義眼等) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 刺青・眉墨 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
保 険	保険者番号			負担者番号			
	記号・番号			受給者番号			
	有効期限			有効期限			
	被保険者との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族			負担割合・負担金			
	負担割合			患者さま状況			
その他 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他の公費			<input type="checkbox"/> 外来通院中 (<input type="checkbox"/> 待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅済み) <input type="checkbox"/> 入院中				