

MRI FAX申込書 兼 診療情報提供書 同意書

【紹介元医療機関】

〒070-8644

旭川市花咲町7丁目4048番

旭川医療センター 地域医療連携室 宛

FAX 0166-51-3160

TEL 0166-51-3161 (代表)

住 所

名 称

TEL ()

FAX ()

【受付時間】

月曜日～金曜日(祝日、年末年始を除く)8時30分～17時
 ※17時以降のFAXは翌日、土・日・祝祭日のFAXは直近の平日対応
 となりますので、ご了承ください。
 ※FAXによる当日の予約は行っておりませんので、ご了承ください。

主治医

担当者名

【受診者】

フリガナ			性 別	
氏 名	様		男 ・ 女	
生 年 月 日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日生 (歳)			
住 所			連絡先	自宅: 携帯:
希望受診日時	① 年 月 日()曜日 時 分	② 年 月 日()曜日 時 分		
当院受診の有無	有 (年頃) 入院 ・ 外来		無	

診療情報提供書

診断名(必須)					
検査目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 治療効果判定 <input type="checkbox"/> 転移検索 (その他・検査によりお知りになりたいことがあれば具体的にお書き下さい)				
現病歴 既往歴症状 及び 治療経過 検査所見 撮影方法指示					
画像データCD	要 ・ 不要	フィルム	要 ・ 不要	フィルム使用枚数	枚
撮影部位	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腹部大血管 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 全脊椎 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 両下肢	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 腕神経叢 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 胸部大血管 <input type="checkbox"/> 直腸	<input type="checkbox"/> MRA(<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頸)

同意書

【問診欄】	1.体内金属 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> その他) 2.妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 3.過去にMRIを受けたことがある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 4.閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 5.入墨・アートメイク <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 6.仰臥位での30分安静 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
医師確認	<input type="checkbox"/> A判定(検査可) <input type="checkbox"/> B判定(体内金属があることを確認しましたが 部位名「 」は検査可) <input type="checkbox"/> C判定(検査不可) 医師サイン
問診内容に相違はなく、担当医師から検査の必要性和危険性の説明を受け、MRI検査を受けることに同意します 年 月 日 氏名 本人・代理人	