



診療情報提供書 [診察・検査用]

多根総合病院

平成 年 月 日

ご紹介元

科 医師宛

診療・検査名	診療・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

フリガナ (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。)

保険証番号等

保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		公費負担受給者番号	
区分	本人・家族	有効期限	
有効期限		負担割合	割

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)

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→ひどい方は撮影できない場合がございます

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 + ・ -)

*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。

診察・検査のご予約の電話 終了後、診療情報提供書を地域情報連絡室まで FAX 送付をお願い致します。

地域情報連絡室 FAX 06-6585-2330