

検査予約申込書 (FAX送信用)

医療機関名

医師名 _____ ⑩ TEL _____
 住所 _____ FAX _____

●検査日 令和 年 月 日 () 所見の送信方法 FAX ・ E-mail (アドレス記載)
 午前 ・ 午後 時 分 メールアドレス (@)

患者情報	フリガナ	性別 男 ・ 女
	患者氏名	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
	〒 - 住所	
	TEL	受診歴 あり・なし

診療情報提供書

診療情報欄	傷病名及び主訴
	紹介目的及び治療経過・処方内容等

検査申込欄	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> C T	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 側頭骨 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸部～骨盤腔 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部～骨盤腔 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他の部位()
	造影検査につきま しては要相談とさ せていただきます	<input type="checkbox"/> MR I 問診票記載 ↓	<input type="checkbox"/> 頭部(脳 + MRA) <input type="checkbox"/> 頭部+VSRAD <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 膝(右・左) <input type="checkbox"/> 肩(右・左) <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他の部位()
MRI問診票	心臓ペースメーカー、植込型除細動器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	脳動脈クリップ、脳室シャント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	人工内耳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	体内神経刺激装置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	(女性のみ) 妊娠またはその可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	