

MRI 検査

日進おりど病院長 宛

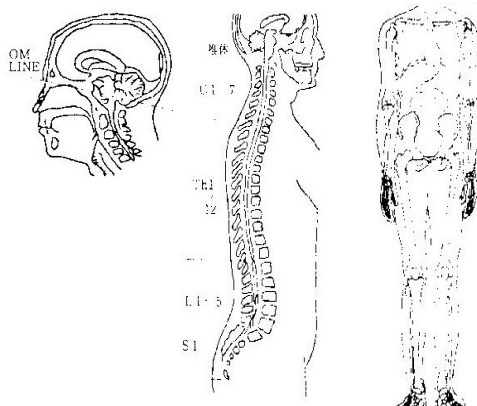
施設名:

医師名:

印

下記の患者について、医療機器共同利用を申し込みます。

なお、検査時、患者に対する緊急処置が必要となった場合は、貴院の対応に一任します。

ふりがな		生年月日	性別
患者名	様	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
検査日	年 月 日 時～		
検査部位	頭部・頸椎・胸椎・腰椎・腹部(肝・胆・膵・腎)・骨盤部 四肢()・その他()		
臨床診断 検査目的 検査要望及び 具体的指示など	 <p>※ 画像出力 (CD・フィルム) 希望</p>		
患者の状況	<p>※下記については必ずチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 入れ墨 その他、手術歴や注意すべき点など <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 <input type="checkbox"/> 人工関節 股・膝等 がありましたらご記入ください。 <input type="checkbox"/> 動静脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> 鋼線・釘・プレート <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 持続自己血糖測定器</p>		
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・患者さまの状況・状態によりましては、検査ができない場合もございます。 ・検査手技の参考にいたしますので、検査目的・指示内容などではできる限り詳細にご記入願います。 ・検査開始30分前までに受付を済まされるようご案内申し上げます。 ・都合により検査が受けられなくなった場合には、ご連絡お願いいたします。 		