

診療情報提供書〈診察・検査用〉

令和 年 月 日

多根総合病院 地域医療連携室 直通
TEL:06-6585-2780 FAX:06-6585-2330

紹介元医療機関

科 医師

診察・検査希望日 電話で予約済① 令和 年 月 日() ② 令和 年 月 日() 特に希望日なし

ご都合の悪い日等、あればご記入ください。

フリガナ	男・女
患者氏名	T・S・H・R 年 月 日 歳
患者住所 (〒 -)	電話番号
保険者番号	公費負担番号
記号・番号	公費受給者番号
被保険者名	有効期限
有効期限	負担割合 割

移動方法	ストレッチャー・車椅子・独歩	現在の診療状況	外来通院中・入院中
------	----------------	---------	-----------

傷病名
紹介目的・既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方／検査目的 <input type="checkbox"/> 別紙参照

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)

乳房皮膚拡張器・・・無 有→絶対禁忌
心臓ペースメーカー・・・無 有→原則禁忌*1
脳動脈瘤術後クリップ・・・無 有→原則禁忌*2
冠動脈・頸動脈ステント・・・無 有
妊娠・・・無 有→原則禁忌 当院では施行していません
人工内耳・・・無 有→絶対禁忌
その他手術による体内金属・・・無 有→要注意 詳細は予約時に相談して下さい*3
刺青・・・無 有→要注意 火傷や変色の可能性があります
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

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(HB + ・ -)
(HCV + ・ -)
(ワ氏 + ・ -)
腎機能(原則3ヶ月以内)・・・(Cre)
(eGFR)

*1: MRI対応で当院手術施行のみ(事前に循環器内科の診察が必要となります)

*2: MRI対応で当院手術施行のみ(必要であれば脳神経外科で確認をお願いいたします)

*3: 有の場合は体内金属がMRIに対応しているか確認が必要となります。MRI非対応の場合は検査を受けることができません。

注意事項: MRI対応の心臓ペースメーカー、MRI対応の脳動脈瘤術後クリップ、冠動脈及び頸動脈ステント、刺青、その他術後金属(MRI対応)は、1.5テスラMRI装置での対応となります。