

診療情報提供書兼依頼票

紹介先医療機関名及び所在地 世田谷北部病院 世田谷区南烏山2丁目9-17 TEL 03-3308-5221 FAX 03-3326-5259	紹介元医療機関名及び所在地 TEL FAX
--	---

患者氏名	生年月日	性別
	年 月 日	男 ・ 女

傷病名・紹介目的	臨床情報	既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過等

依頼内容						
<input type="checkbox"/> MRI			<input type="checkbox"/> CT			
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 腹部※1	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 肩 (左・右)	<input type="checkbox"/> 膝 (左・右)
<input type="checkbox"/> 頭部MRA	<input type="checkbox"/> 顔面	<input type="checkbox"/> 頸部MRA	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 手 (左・右)	<input type="checkbox"/> 股関節 (左・右)
<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 手関節 (左・右)	<input type="checkbox"/> 足関節 (左・右)
		<input type="checkbox"/> 肺 CTのみ	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 仙椎	<input type="checkbox"/> 肘 (左・右)	<input type="checkbox"/> 足 (左・右)

読影レポート送付方法	※1 腹部検査6時間前は食事を控えてください
<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> Webレポート(別途契約必要)	

検査日時は 年 月 日 時 分 からです

※検査当日は保険証と診療情報提供書兼依頼票をお持ちください

MR検査注意事項

1～4が はい の方はMR検査を受けることができません

- | | |
|---|----------|
| 1 電気電子機器を埋め込んでいる
心臓ペースメーカ、神経刺激装置、人工内耳、インスリンポンプなど | はい ・ いいえ |
| 2 詳細不明の体内金属がある
金属加工業務や外傷による金属片の体内混入など | はい ・ いいえ |
| 3 義眼を使用している (可動型) | はい ・ いいえ |
| 4 妊娠13週以内、または可能性がある | はい ・ いいえ |

5～7が はい の方はご自身で施行施設へご確認ください。安全が確認できればMR検査可能です。

- | | |
|---|----------|
| 5 医療施設で埋め込んだ体内金属がある
脳動脈クリップ、脳室圧可変式バルブシャント、リード線、コイル、ステント、人工血管、人工弁、フィルター、内視鏡クリップ、整形外科手術用金属、磁石式義歯、美容金属糸など、その他具体的に () | はい ・ いいえ |
| 6 刺青、アートメイク、まぶたの刺繍をしている | はい ・ いいえ |
| 7 上記以外の金属がある。具体的に () | はい ・ いいえ |

その他

検査当日は化粧や金属を含む粉、液体の使用を控えてください。閉所恐怖症の方は事前にお申し出ください。検査室に前室(更衣室)がございますので、身につけている金属類を全てはずして検査着に着替えてください。検査室に磁気カード類を持ち込まないでください。データが破損します。コンタクトレンズをはずしていただきますのでケースをご持参ください。MR検査室内には金属を持ち込むことはできません。金属類持ち込みや機械故障等ありますと検査を途中で中止いたしますのでご了承ください。

予約・問い合わせ
世田谷北部病院
03-3308-5221