

市立池田病院 MR予約申込書

FAX : (072) 754 - 6380

TEL : (072) 754 - 6379

紹介先医療機関
市立池田病院

紹介元
医療機関名
住 所
T E L
F A X
医 師 名

科

先生

フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名	(旧姓 :)	生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (満 歳)
住 所	〒 TEL		

主 訴		A D L	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
紹介目的	*診療情報提供書の添付をお願い致します	患者状況	<input type="checkbox"/> 外来患者 <input type="checkbox"/> 入院患者

希 望 日	<input type="checkbox"/> いつでも可	月 日	月 日	月 日	月 日
*都合の悪い月日、曜日、時間帯があればご記入ください					

感 染 症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> TPHA)
-------	---

MR申し込み

<input type="checkbox"/> 単 純	
<input type="checkbox"/> 造 影	採血日 () クレアチニン値 () *6ヶ月以内の数値をご記入ください
頭 部	<input type="checkbox"/> 全脳 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> VSRAD
頸 部	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 顎下腺 <input type="checkbox"/> 舌・口腔 <input type="checkbox"/> 顎関節
胸 部	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 胸壁 <input type="checkbox"/> 胸部背側
腹 部	<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> リゾビスト <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 腹壁 <input type="checkbox"/> 腹部背側 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> MRU
脊 椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰・仙椎 <input type="checkbox"/> 仙・尾骨
骨 盤 部	<input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> 腹壁
MRアンギオ	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤~下肢
上 肢	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手根関節 <input type="checkbox"/> 手部
下 肢	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足部
検 査 結 果	<input type="checkbox"/> 所見用紙のみ <input type="checkbox"/> 所見用紙・CD-R