紹介状　（MRI検査依頼書）

令和　　年　　月　　日

（診療情報提供書）

北播磨総合医療センター

担当医　先生

予約希望日　令和　　年　　月　　日（　）

紹介元医療機関名及び所在地：※改行は「Altキー ＋ Enterキー」	
担当医師名：	科　　　印
電話番号：	（　　）　－
ＦＡＸ番号：	（　　）　－

フリガナ		旧姓		性別		生年月日
患者氏名		受診歴	○有 ○無	○男 ○女		○明治 ○大正 ○昭和 ○平成 ○令和　年　月　日　歳
住所 〒 ＿＿ - ＿＿						
自宅（　　）　－			連絡先（　　）　－			

主保険	保険者番号		□1.本人 □2.家族	併用保険	負担者番号
	記号	番号			受給者番号

来院方法	○独歩　○車いす　○ストレッチャー　その他特記事項（　　　）
紹介目的	検査（MRI）
目的臓器（目的部位）	○頭部　○頭+MRA　○脊髄（□頸 □胸 □腰）○胸部（　　）○前立腺 ○上腹部（□肝 □胆 □膵 □MRCP）○その他（　　） 造影 ○要 ○不要　[クレアチニン]＿＿＿ ※造影検査を希望される場合、3か月以内の血清クレアチニン値を記入してください。 ※腎機能が悪い場合は、性・年齢・検査内容等を担当検査室にご連絡ください。

患者さんの都合により当医療センターと直接予約日を変更することについて （直接予約日変更時も下記予約受付時間での対応となります）	○承諾する	○不承諾	不承諾並びにどちらにもチェックがない場合は従来どおり紹介元を通しての変更をお願いします。

肝障害	○無 ○有	感染症	HBs	○＋ ○－ ○未検査	ペースメーカー等の有無
腎障害	○無 ○有		HCV	○＋ ○－ ○未検査	○無 ○有
アレルギー歴	○無 ○有		Wa氏	○＋ ○－ ○未検査	※MRI対応可能な機種のみ検査実施。 ※ペースメーカー外来（金曜日）の受診後にMRI検査日を決定。
喘息	○無 ○有		その他	○＋ ○－ ○未検査	（　　）

前回検査	○初診 ○再診（　年　月　日）所見：		
診断名		主訴	

①現病歴　②現症　③検査所見　④治療経過　⑤現在の処方　⑥その他　※改行は「Altキー ＋ Enterキー」

結果（所見）返送方法　○すべて郵送　○所見のみFAX、その他郵送　○その他（　　）

添付資料　□無　□X-P　□ECG　□内視鏡フィルム　□検査データ　□超音波画像　□CT･MRI画像（　）

北播磨総合医療センター　〒675-1392　兵庫県小野市市場町926-250　代表TEL 0794-88-8800

地域医療連携室　FAX番号（0794）62-9911

予約受付時間：　平日　9:00～18:30　土曜日　9:00～11:30