

# 紹介状 (診療情報提供書・MRI検査依頼書)

令和 年 月 日

北播磨総合医療センター

担当医 先生

紹介元医療機関名及び所在地: ※改行は「Altキー + Enterキー」

受診希望日	第1	令和	年	月	日 ( )
	第2	令和	年	月	日 ( )
	その他				

担当医師名:	科	印
電話番号:	( )	-
FAX番号:	( )	-
申込担当者:		

フリガナ		受診歴	性別	患者さん予約待ち状況	
氏名		<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 貴医療機関にて外来待機中 <input type="radio"/> 貴医療機関に入院中 <input type="radio"/> 帰宅され、貴医療機関より連絡待ち <input type="radio"/> その他 ( )	
旧姓	※お分かりでしたらご記入をお願いします。			患者さん来院方法	
生年月日	<input type="radio"/> 明治 <input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年	月	日	歳
住所	〒 -				

自宅 ( )	-	連絡先 ( )	-
--------	---	---------	---

紹介目的	検査(MRI)	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 (直接予約日変更時下記予約受付時間での対応となります)
	<input type="radio"/> 承諾する <input type="radio"/> 不承諾	不承諾並びにどちらにもチェックがない場合は、紹介元を通しての変更をお願いします。

目的臓器 (目的部位)	<input type="radio"/> 頭部 <input type="radio"/> 頭+MRA <input type="radio"/> 脊髄 ( <input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腰 ) <input type="radio"/> 胸部 ( ) <input type="radio"/> 前立腺
	<input type="radio"/> 上腹部 ( <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> MRCP ) <input type="radio"/> その他 ( )
	造影 <input type="radio"/> 要 [クレアチニン] <input type="radio"/> 不要
	※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。

肝障害	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	感染症	HBs	<input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> 未検査	ペースメーカー等の有無
腎障害	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有		HCV	<input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> 未検査	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有
アレルギー歴	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有		Wa氏	<input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有		その他	<input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> 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」

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

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

※ FAX予約受付時間(月~金 9:00~18:30 土 9:00~11:30 (祝祭日・年末年始は除く)) (FAX受信は24時間可能です)

北播磨総合医療センター地域医療連携室 FAX:0794-62-9911 TEL:0794-88-8800(代)

令和6年4月改定