

読影依頼書

FAX後貴院で保管（1枚目）

相武台脳神経外科

貴医療機関名	
診療科	
住所	
電話番号	
担当医	

検査予約日時 平成 年 月 日

検査当日は30分前までにご来院ください

フリガナ		性別	生年月日	T・S・H	年 月 日
患者氏名			身長		
			体重		
患者住所		電話番号	自宅		
			携帯		
依頼検査	MRI検査	告知の有無		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
病名		返送方法		FAX	or 郵送
検査部位、検査目的、依頼撮像方法					
読影専門医による読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要				

紹介目的、既往歴および家族歴、症状結果および検査結果、治療経過、現在の処方

検査前確認事項

心臓ペースメーカー、ICD	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に（ ）	肝機能	血清cr（ ）mg/DL 測定日（ ）
妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 具体的に（ ）
人工内耳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
神経刺激装置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 治療薬（ ）
その他体内金属	（ ）		
患者移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他（ ）		

鎮静の必要、患者様の状態によっては、医療従事者同伴をお願いすることがあります。

- 備考
- 1.必要がある場合は、続紙に記載して添付すること
 - 2.必要がある場合は、検査の記録を添付すること
 - 3.紹介先が保険医療機関以外の場合は、紹介先医療機関名の欄に紹介先保険薬局、市町村保健所、患者住所、電話番号を必ず記入すること。

相武台脳神経外科 TEL：046-258-2728 FAX：046-258-2731
〒252-0324 神奈川県相模原市南区相武台 1-24-14 サンライズビル1F