

# 診療情報提供書・委託検査依頼書・高度医療機器共同利用申込書

※ この書類にもれなく記入し、  
他の必要書類と共に FAX して下さい  
お申込みは 月～金 8:30～16:45

**予約受付** 砂川市立病院 地域医療連携室  
〒073-0196 砂川市西 4 条北 3 丁目 1 番 1 号  
FAX 0125-54-2252 TEL 0125-54-2131

# MRI

紹介元医療機関名			
診療科	科	外来・入院 (	病棟)
医師名			
TEL (	)	— FAX (	) —

下記の患者様を紹介するとともに、医療機器の利用を申し込みます。  
なお、検査時に患者様に対する緊急処置が必要な場合は、貴院の対応に一任します。

フリガナ	男・女	<b>検査前チェックリスト</b> <b>—必ず記入—</b> 1.MRI 検査の既往 (有・無) 2.体重 ( ) kg 3.心臓ペースメーカー (有・無) 4.人工内耳、神経刺激装置 (有・無) 5.脳動脈瘤クリップ・血管内コイル (有・無) 6.シャントチューブ (有・無) 7.人工弁 (有・無) 8.ステント (有・無) 部位 _____ 9.人工関節 (有・無) 部位 _____ 10.手術クリップ・ワイヤー (有・無) 11.その他の体内金属 (有・無) 12.妊娠・授乳中 (有・無) <b>記入者</b> _____ 上記 3～12 の項目で 有 の場合、検査の可否を医師に確認してください <b>検査可能と判断した医師名</b> _____
患者氏名	様	
大・昭・平・令 年 月 日生		
住所		
TEL	— —	
<b>当院受診歴</b> 無・有 (ID _____)		
<b>移動の方法</b> 歩行・車いす・ストレッチャー		
<b>視聴覚障がい</b> 無・有 ( )		
<b>酸素投与</b> 無・有		
<b>感染症</b> 無・有 ( )		
この検査は公費負担等 (特疾・障害・事故・労災など) の該当となりますか? <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		
※公費負担該当となる場合は保険情報もあわせてお送りください。		

**希望日**  
患者さんは  返事を待っている  帰宅済み

**予約日時**  
年 月 日 ( ) ( : )

<p><b>検査部位</b></p> <p><input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎 ( 頸・胸・腰 )</p> <p><input type="checkbox"/> 関節 ( 肩・膝・その他 _____ )</p> <p><input type="checkbox"/> MRA ( 脳・頸部・胸・腹・下肢 )</p> <p><input type="checkbox"/> 乳腺 ( 左・右 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 造影して行う 造影の場合は<b>同意書・問診票が必要</b>です。</p>	<p><b>病名・臨床経過・手術歴・検査目的・撮像方法の指示</b></p> <p>—詳しく— <input type="checkbox"/> 読影を依頼する</p> <p>※楷書ではっきりお書きください。</p>
--	--

- \* 必要事項記入後に、この申込書を地域医療連携室へ FAX してください。
- \* 検査当日は**各書類の原本**を持参の上、1 番新患受付へお越しください。
- \* 放射線診断科外来にて問診後に検査室へご案内します。
- \* 読影を依頼される場合、報告まで、1 週間以上かかる場合があります。