

## 診療情報提供書

①申込書

(武蔵村山さいとうクリニック

MSC画像診断科 提出用)

作成日： 年 月 日

患者氏名：

生年月日： 年 月 日 男・女

日中連絡のとれる電話番号

住所

紹介元医療機関名の所在地及び名称

電話番号： — —

診療科名

ご担当医師名

印

予約日時

月 日 AM・PM 時 分より

貴院次回診察日

月 日 AM・PM

検査区分

 MRI  CT

造影希望

 無  有

\* 造影剤アレルギー、喘息、eGFRが40未満の方は不可

依頼内容

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 顎関節                               |
| <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 聴器   |
| <input type="checkbox"/> 頸部  |
| <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎    |
| <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 心 <input type="checkbox"/> 乳腺      |
| <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮卵巣 |
| <input type="checkbox"/> MRCP  |
| <input type="checkbox"/> 肩 (左・右) <input type="checkbox"/> 肘 (左・右)  |
| <input type="checkbox"/> 手関節 (左・右) <input type="checkbox"/> 手 (左・右)  |
| <input type="checkbox"/> 股関節 (左・右) <input type="checkbox"/> 膝 (左・右)  |
| <input type="checkbox"/> 足関節 (左・右) <input type="checkbox"/> 足 (左・右)  |
| <input type="checkbox"/> その他   |

傷病名・紹介目的

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過

現在の処方・備考

下記事項の確認をお願いします

|   |  |
|---|--|
| MRI   | <input type="checkbox"/> 「MRI検査を受けるにあたって」をよく読み、安全の確認をしてください<br><input type="checkbox"/> 安全を確認した上で、「MRI検査問診票」にチェック及び署名をしてください                 |
| CT  | 妊娠もしくは妊娠の可能性はありますか → <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合：原則検査不可)   |
| 造影  | <input type="checkbox"/> 造影をご希望の場合：「CT・MRI造影剤使用検査における説明書」をよく読んでください<br><input type="checkbox"/> ご理解した上で、「CT・MRI造影剤使用における同意書」にチェック及び署名をしてください |
| <input type="checkbox"/> 腹部の検査および造影検査の場合は、検査5時間前から禁食です (水・お茶は飲んでも大丈夫です) |  |

\* 検査当日は、① 保険証 ② この用紙 (診療情報提供書) ③ MRI検査問診票 (CTは不要)

④ 造影希望「有」の場合は同意書をお持ちになり、予約時間の15分前にお越しください

\* 画像データはDVD-R (簡易viewer付) にて、結果レポートは書面にて、紹介元医療機関へ郵送いたします

\* ご予約・お問い合わせ電話番号：042-590-2266 (代表) または 042-516-9199 (MSC画像診断科直通)

# 診療情報提供書

②貴院控え

作成日： 年 月 日

患者氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： 年 月 日 男・女

日中連絡のとれる電話番号 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

紹介元医療機関名の所在地及び名称 \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

診療科名 \_\_\_\_\_

ご担当医師名 \_\_\_\_\_ (印)

予約日時

月 日 AM・PM 時 分より

貴院次回診察日

月 日 AM・PM

検査区分

MRI  CT

造影希望

無  有

\* 造影剤アレルギー、喘息、eGFRが40未満の方は不可

依頼内容

頭部  顔面  顎関節

副鼻腔  聴器

頸部

頸椎  胸椎  腰椎  仙椎

肺  縦隔  心  乳腺

腹部  骨盤  前立腺  子宮卵巣

MRCP

肩（左・右）  肘（左・右）

手関節（左・右）  手（左・右）

股関節（左・右）  膝（左・右）

足関節（左・右） 足（左・右）

その他

傷病名・紹介目的

\_\_\_\_\_

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過

\_\_\_\_\_

現在の処方・備考

\_\_\_\_\_

下記事項の確認をお願いします

|  |  |
|--|--|
| MRI  | <input type="checkbox"/> 「MRI検査を受けるにあたって」をよく読み、安全の確認をしてください<br><input type="checkbox"/> 安全を確認した上で、「MRI検査問診票」にチェック及び署名をしてください                 |
| CT   | 妊娠もしくは妊娠の可能性はありますか → <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（有の場合：原則検査不可）  |
| 造影   | <input type="checkbox"/> 造影をご希望の場合：「CT・MRI造影剤使用検査における説明書」をよく読んでください<br><input type="checkbox"/> ご理解した上で、「CT・MRI造影剤使用における同意書」にチェック及び署名をしてください |
| <input type="checkbox"/> 腹部の検査および造影検査の場合は、検査5時間前から禁食です（水・お茶は飲んでも大丈夫です） |  |

\* 検査当日は、① 保険証 ② この用紙（診療情報提供書） ③ MRI検査問診票（CTは不要）

④ 造影希望「有」の場合は同意書をお持ちになり、予約時間の15分前にお越しください

\* 画像データはDVD-R（簡易viewer付）にて、結果レポートは書面にて、紹介元医療機関へ郵送いたします

\* ご予約・お問い合わせ電話番号：042-590-2266(代表) または 042-516-9199(MSC画像診断科直通)



# 診療情報提供書

③患者様控え

作成日： 年 月 日

患者氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： 年 月 日 男・女

日中連絡のとれる電話番号 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

紹介元医療機関名の所在地及び名称

電話番号： \_\_\_\_\_

診療科名

ご担当医師名 \_\_\_\_\_ (印)

予約日時

月 日 AM・PM 時 分より

貴院次回診察日

月 日 AM・PM

検査区分

MRI  CT

造影希望

無  有

\* 造影剤アレルギー、喘息、eGFRが40未満の方は不可

依頼内容

頭部  顔面  顎関節

副鼻腔  聴器

頸部

頸椎  胸椎  腰椎  仙椎

肺  縦隔  心  乳腺

腹部  骨盤  前立腺  子宮卵巣

MRCP

肩（左・右）  肘（左・右）

手関節（左・右）  手（左・右）

股関節（左・右）  膝（左・右）

足関節（左・右） 足（左・右）

その他

傷病名・紹介目的

\_\_\_\_\_

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過

\_\_\_\_\_

現在の処方・備考

\_\_\_\_\_

下記事項の確認をお願いします

|  |  |
|--|--|
| MRI  | <input type="checkbox"/> 「MRI検査を受けるにあたって」をよく読み、安全の確認をしてください<br><input type="checkbox"/> 安全を確認した上で、「MRI検査問診票」にチェック及び署名をしてください                 |
| CT   | 妊娠もしくは妊娠の可能性はありますか → <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（有の場合：原則検査不可）  |
| 造影   | <input type="checkbox"/> 造影をご希望の場合：「CT・MRI造影剤使用検査における説明書」をよく読んでください<br><input type="checkbox"/> ご理解した上で、「CT・MRI造影剤使用における同意書」にチェック及び署名をしてください |
| <input type="checkbox"/> 腹部の検査および造影検査の場合は、検査5時間前から禁食です（水・お茶は飲んでも大丈夫です） |  |

\* 検査当日は、① 保険証 ② この用紙（診療情報提供書） ③ MRI検査問診票（CTは不要）

④ 造影希望「有」の場合は同意書をお持ちになり、予約時間の15分前にお越しください

\* 画像データはDVD-R（簡易viewer付）にて、結果レポートは書面にて、紹介元医療機関へ郵送いたします

\* ご予約・お問い合わせ電話番号：042-590-2266(代表) または 042-516-9199(MSC画像診断科直通)