

フリガナ 患者氏名		様	
(T ・ S ・ H ・ R)			
生年月日	年	月	日 (男・女)
身長	cm	体重	kg
*高知赤十字病院でのID: (当院受診歴のある方)			
※受診予定日にお返事が間に合わない場合はご連絡させていただきます。			
貴院次回 受診予定日	未定	年	月 日

依頼施設名 :
電話番号 :
FAX番号 :
依頼医師 :
FAX送信者名 :

※「紹介患者予約申込書(FAX用)」、「診療情報提供書」も一緒にFAXお願いします。

【検査部位】

頭部	<input type="checkbox"/> 頭部MRI	<input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA	<input type="checkbox"/> 頭部MRI+頭頸部MRA
	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> CPアングル	
頭頸部	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 頸部
体幹部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 腹部MRCP <input type="checkbox"/> MRマンモ(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)
骨盤部	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 骨盤
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎
関節	<input type="checkbox"/> 右肩 <input type="checkbox"/> 左肩	<input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手	<input type="checkbox"/> 両股 <input type="checkbox"/> 右膝 <input type="checkbox"/> 左膝
四肢	<input type="checkbox"/> 右上腕 <input type="checkbox"/> 左上腕	<input type="checkbox"/> 右前腕 <input type="checkbox"/> 左前腕	<input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 右大腿 <input type="checkbox"/> 左大腿
	<input type="checkbox"/> 右下腿 <input type="checkbox"/> 左下腿	<input type="checkbox"/> 右足 <input type="checkbox"/> 左足	
その他	<input type="checkbox"/> その他 ()		

【患者情報等】

造影	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (Gd ・ EOB ・ リゾビスト)
	Creatinine mg/dl 検査日: 月 日【1ヵ月以内】	
長時間の静止	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可 (撮影できません)
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
喘息	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (造影禁忌)
妊娠中又は可能性	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (検査可能な要件があります。お問い合わせください)
VPシャント	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
人工内耳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (撮影できません)
体内金属	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
補聴器	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (撮影困難です)

備考: 来院前に外すもの

- | | | |
|--|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> つけまつげ | <input type="checkbox"/> 増毛パウダー | <input type="checkbox"/> マグネットネイル・ジェルネイル |
| <input type="checkbox"/> アイライン、アイシャドウ、マスカラ | | <input type="checkbox"/> 耳つぼジュエリー |
| <input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ | | <input type="checkbox"/> リブレ |