府中恵仁会病院宛　診療情報提供書（FAX検査予約用紹介状）

FAX送信先：042－365－1213　地域医療推進課

平成　　年　　月　　日

府中恵仁会病院

【お問い合わせ先】地域医療推進課
電話：０４３－365－1603

医療機関名：
医師名：
住　所：
電話・FAX：

フリガナ 患者氏名	男・女	生年月日	M・T・S・H 年　　月　　日
住　所	〒		
電　話	（　　）　　－	府中恵仁会病院受診歴がある場合 患者番号（　　）	
都合の良い日	①　　月　　日・②　　月　　日・③　　月　　日・④いつでもよい		
主訴・臨床診断・検査目的			
来院方法	□独歩　□車椅子　□ｽﾄﾚｯﾁｬｰ		
感染症	HBs（＋ － 未）HCV（＋ － 未）Wa氏（＋ － 未）HIV（＋ － 未）その他（　　）		
□MRI □CT 所見返却方法 □フィルムを希望	撮影部位　□頭部　□頸部　□胸部　□上腹部　□下腹部　□骨盤部 □頚椎　□胸椎　□腰椎　□上肢（□肩　□手　：　右・左） □下肢（□膝　□足　：　右・左）□乳房　□その他（　　） **造影検査　□不要　□要** **造影剤使用歴　□有　□無** 患者の状態　肝障害　□有　腎障害　□有　**ｸﾚｱﾁﾆﾝ値（　　mg）** 腎透析　□有　不整脈　□有 アレルギー　□有（　　）		
□骨塩定量	骨折　□有（部位　　）　人工骨頭　□有（右・左） 治療薬剤の使用（　　）		
□脳波	記録法　：　（□標準　□精査30分以上） 賦活（□無　□要＜光　過呼吸＞）睡眠（自然・薬物） 判読科　：　□神経内科　□精神・神経科		
□心エコー			
□肺機能検査 (肺活量測定)	身長（　　）　体重（　　） 喫煙の有無：　無　・　有　→（　　本/日　喫煙歴　　年）		
□上部内視鏡 □腹部エコー	□ 経口内視鏡検査　□ 静脈麻酔下の内視鏡検査　□ 経鼻内視鏡検査 上部内視鏡検査については，別紙上部内視鏡検査同意書をご記入のうえ，検査当日にご持参ください。		

造影剤を用いた検査を受けられる患者さんへ

検査の同意：
造影剤の必要性・副作用などについて主治医の説明に納得し、造影剤を用いた検査を受けることを同意します。

平成　　年　　月　　日　　本人氏名（自筆）

上記検査について充分な説明を行い、納得の上で同意が得られたことを確認いたしました。

医師サイン

ＭＲＩ検査をお受けできない方

心臓ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ　人工内耳　体内神経刺激装置　を使用されている方
仰臥位・安静の困難な方　鎮静の必要な方　意識障害のある方　妊娠中の方
また、ドレーン、人工骨頭、人工関節、プレート類、人工弁、動脈瘤クリップ、血管ステント、義肢、義眼を使用されている方、刺青をされている方は、対応できない場合があります。