MR 診療情報提供書 NHO宇多野病院 検査申込書

【送信先】 FAX 075－461－5152
国立病院機構 宇多野病院 地域医療連携室 （受付時間 平日 8:30～19:00 土曜日 9:00～12:30）

【紹介元】

		申込日	西暦 年 月 日
貴医院名		診療科	
		医師名	
住所	〒（ － ） 電話番号（ ） － FAX（ ） －		

【受診者情報】

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		男 ・ 女	西暦 年 月 日 （ 歳）
住所	〒（ － ） 日中連絡が取れる電話番号→ （ ） -		
主訴又は病名		既往歴	
目的・症状等			
宇多野病院 受診歴	□有 □無 □不明	着替え・移乗時の介助	□不要 □必要→特記事項（ ）

※保険番号	保険者番号		※公費番号	公費負担番号	
	記号・番号			受給者番号	
	本人家族の別	本人 ・ 家族		負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割

※保険証（写）をFAXしていただいた場合、記入は不要です

【予約項目】

MR 希望日時	月 日（ ） 現在は検査時間を午後のみとさせていただいています また、時間の融通が利く場合、複数チェックがあると助かります↓ □ 09:00 ～ 10:00 □ 13:00 ～ 14:00 □ 10:00 ～ 11:00 □ 14:00 ～ 15:00 □ 11:00 ～ 12:00 □ 15:00 ～ 16:00 読影不要または結果郵送時のみ → □ 16:00 ～ 17:00
MR 検査部位	MR頭頸部 □ 頭部・脳 □ 頸部 □ 眼窩（視神経） □ 内耳 □ 副鼻腔 □ 下垂体 □ 頭部MRA □ 頭頸部MRA □ 頸部MRA □ 頭部MRV MR脊椎 □ 頸椎 □ 胸椎 □ 腰椎 □ 全脊椎 MR体幹部 □ 胸部 □ 腹部（肝臓／腎臓） □ MRCP □ 骨盤部 □ 子宮・卵巣 □ 前立腺 MR四肢 （同日に左右同時に検査はできません。） 右 左 右 左 右 左 □ 肩関節 （□ □） □ 上腕 （□ □） □ 肘関節 （□ □） □ 前腕 （□ □） □ 手関節 （□ □） □ 手 （□ □） □ 両股関節 □ 大腿 （□ □） □ 膝関節 （□ □） □ 下腿 （□ □） □ 足関節 （□ □） □ 足 （□ □）
検査結果	※下記要望がなければ、検査画像（CD-R）と読影結果（用紙）を郵送にて提供致します □ 読影不要 □ 郵送せずに手渡し（検査後、約1時間かかる旨の説明をお願いします） →（例）両方にチェックを入れた場合、検査画像（CD-R）のみを受診者に当日手渡します