

肩関節センター専用診察申込書

兼

診療情報提供書

記入日

年

月

日

国立病院機構霞ヶ浦医療センター整形外科

肩関節センター

牧原 武史 宛

紹介元

医療機関名

住

所

電話番号

FAX番号

紹介元医師

印

患者情報

カナ氏名

当院ID

氏 名

性別

☐ 男

☐ 女

生年月日

☐ 西暦

☐ 明治

☐ 大正

☐ 昭和

☐ 平成

☐ 令和

年

月

日

(

歳)

連絡先

☐ 本人

☐ 家族 (

)

診察希望日

第一希望

月

日 (

)

第二希望

月

日 (

)

整形外科

牧原医師外来日：毎週

月曜午前、水曜午後 (肩関節センター)、木曜午後 (肩関節センター)、金曜午前

診療情報

部 位・病 名

☐ 左

☐ 右

☐ 腱板断裂

☐ 反復性肩関節脱臼

☐ 投球障害肩

☐ 上腕骨近位端骨折

☐ 肩関節周囲炎、五十肩、凍結肩

☐ 肩関節脱臼 (初回)

☐ リトルリーグズショルダー

☐ 肩関節脱臼骨折

☐ 変形性肩関節症

☐ 肩関節亜脱臼

☐ 肩関節不安定症

☐ 上腕骨骨幹部骨折

☐ 石灰沈着性腱板炎

☐ 肩鎖関節脱臼

☐ 肩関節唇損傷

☐ 鎖骨骨折

☐ 肩鎖関節症

☐ インピンジメント症候群

\*あてはまるものなければご記入ください (

)

★紹介元医療機関様で使用されている診療情報提供書書式でのお申込みも可能です

★MRI 検査を診察前に必要とする場合は裏面のチェック項目のご記入をお願いいたします。

症状・経過

紹介目的

☐ 診 察

☐ MRI と 診 察

☐ ほか (

)

MR I 画像について

診療情報提供書に  
MRI 画像検査データ添付

☐ あり

→ 撮影されている場合は診療情報提供書に添付をお願いします

(撮影日：)

☐ なし

→ 当院ご来院日または事前にMRI 検査実施希望の方は、裏面MRI 検査医師チェック項目をご確認ください

※MRI 検査を受診日に実施希望の場合→裏面MRI 検査医師チェック項目をご記入ください

※診察当日の撮影が当院予約状況や患者様のご都合により難しい場合は、別日で調整させていただきます

予約をご希望の場合、口枠の患者情報、診察希望日、診療情報、紹介目的、MRI希望の場合は医師チェック項目をご記入いただき、霞ヶ浦医療センター地域医療連携室へFAXをお送りください。  
確認後、日時調整のうえ地域医療連携室より予約票をFAX送信いたします。  
お送りした予約票は検査申込書健診療情報提供書と一緒に患者様へお渡しください。

国立病院機構霞ヶ浦医療センター地域医療連携室直通TEL

029-826-7556、直通FAX029-826-7559

肩関節センター専用MRI検査医師チェック項目

枠内の該当する項目の口にし点をしてください

① 体 重	kg
② 閉所恐怖症がある	<input type="checkbox"/>
③ ペースメーカー等医療機器・器具を装着している	<input type="checkbox"/>
④ 人工内耳・埋め込み型神経刺激装置を装着している	<input type="checkbox"/>
⑤ インスリンポンプ療法・持続血糖モニターを使用している	<input type="checkbox"/>
⑥ 外傷や手術等で体内に金属がある	<input type="checkbox"/>
ある場合： 部位	／材質
⑦ 体内・体外に取り外しのできない金属がある	<input type="checkbox"/>
ある場合： 部位	／材質
⑧ 乳房再建術をしている	<input type="checkbox"/>
⑨ 妊娠の可能性がある	<input type="checkbox"/>
<div>上記9項目のうち該当項目なし <input type="checkbox"/></div>	
<div><div>記入日</div><div>年 月 日</div><div>患者氏名</div></div>	

霞ヶ浦医療センター記入欄						
患者ID						
MRI検査予約日時	年	月	日	曜日	時	分
診療予約日	年	月	日	曜日	時	分