

MRI 検査依頼・診療情報提供書

紹介先医療機関等名 等潤病院

担当医 科 殿

平成 年 月 日

検査予約日 年 月 日()

検査時間 AM・PM 時 分

下記患者を紹介申し上げます。

紹介元医療機関の
所在地及び名称
電話番号
医師氏名

患者氏名	
患者住所	性別 男・女
電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 (歳) 職業

紹介目的

傷病名

検査部位

<input type="checkbox"/> 頭部(脳+MRA・小脳・内耳・)	
<input type="checkbox"/> 頸椎()	<input type="checkbox"/> 胸推() <input type="checkbox"/> 腰椎()
<input type="checkbox"/> 頸部(咽頭・甲状腺・MRA・)	<input type="checkbox"/> 胸部(縦隔・乳房・)
<input type="checkbox"/> 心臓(冠動脈・心機能・)	
<input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・腎・MRCP・)	<input type="checkbox"/> 骨盤(子宮・卵巣・前立腺・)
<input type="checkbox"/> 四肢(右・左・両)	<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> MR Angio (頸部・胸部大血管・腹部大血管・下肢動脈・下肢静脈・)	

<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 (造影剤同意書を同封してください)	読影の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 検査結果 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-ROM
--	---

主訴及び臨床所見・具体的指示

チェック項目(必ず依頼医師が責任をもって記入してください)

1.手術の既往(無 有—手術名)	
2.ペースメーカー (無 有—検査不可)	6.妊 娠 (無 有)
3.人工内耳 (無 有—検査不可)	7.バイパス手術 (無 有)
4.動脈瘤クリップ (無 有)	8.閉所恐怖症 (無 有)
5.体内埋め込み金属()	9.刺 青 (無 有)

MRI 検査依頼・診療情報提供書

紹介先医療機関等名 等潤病院

担当医 科 殿

平成 年 月 日

検査予約日 年 月 日()

検査時間 AM・PM 時 分

下記患者を紹介申し上げます。

紹介元医療機関の
所在地及び名称
電話番号
医師氏名

患者氏名		性別 男・女	
患者住所			
電話番号			
生年月日	明・大・昭・平 (歳)	職業	
紹介目的			
傷病名			
検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部(脳+MRA・小脳・内耳・) <input type="checkbox"/> 頸椎() <input type="checkbox"/> 胸推() <input type="checkbox"/> 腰推() <input type="checkbox"/> 頸部(咽頭・甲状腺・MRA・) <input type="checkbox"/> 胸部(縦隔・乳房・) <input type="checkbox"/> 心臓(冠動脈・心機能・) <input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・腎・MRCP・) <input type="checkbox"/> 骨盤(子宮・卵巣・前立腺・) <input type="checkbox"/> 四肢(右・左・両) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> MR Angio (頸部・胸部大血管・腹部大血管・下肢動脈・下肢静脈・)			
<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 (造影剤同意書を同封してください)		読影の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 検査結果 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-ROM	
主訴及び臨床所見・具体的指示			
チェック項目(必ず依頼医師が責任をもって記入してください)			
1.手術の既往(無 有—手術名) 2.ペースメーカー (無 有—検査不可) 6.妊 娠 (無 有) 3.人工内耳 (無 有—検査不可) 7.バイパス手術 (無 有) 4.動脈瘤クリップ (無 有) 8.閉所恐怖症 (無 有) 5.体内埋め込み金属() 9.刺 青 (無 有)			