

# 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)			

# 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)	