

診療情報提供書 (MRI 依頼書)

年 月 日

〒663-8201 西宮市田代町 11-3
松本脳神経外科クリニック

紹介元医療機関

TEL 0798-69-1451

FAX 0798-67-6888

名称・住所

医師名

T E L

F A X

印

検査実施予定日 月 日 午前・午後 時 分

フリガナ.....

患者氏名.....男・女 M・T・S・H・R 年 月 日生 (歳)

住所 (〒.....)

.....

保険..... 社保・生保・国保・交通事故・労災 (.....)

MRI検査： <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再来	<input type="checkbox"/> 頭部一般	<input type="checkbox"/> 頸 椎	<input type="checkbox"/> 四肢・その他()
<u>ペースメーカー</u> ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 小脳・脳幹部	<input type="checkbox"/> 胸 椎	<input type="checkbox"/> 筋肉・軟部組織()
<u>体内金属片</u> ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 頭部MRA	<input type="checkbox"/> 腰・仙椎	<input type="checkbox"/> 骨盤腔(子宮・卵巣・膀胱)
妊 娠： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 頸部MRA	<input type="checkbox"/> 股 関 節	<input type="checkbox"/> 前 立 腺
<u>造影</u> ： <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 一任	<input type="checkbox"/> 副 鼻 腔	<input type="checkbox"/> R・L肩関節	<input type="checkbox"/> 肝・胆・膵・腎臓
	<input type="checkbox"/> 眼 窩	<input type="checkbox"/> R・L膝関節	<input type="checkbox"/> MRCP
<u>所見</u> ： <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<u>画像プリント</u> ： <input type="checkbox"/> 半切フィルム <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 不要 (所見のみ)		

検査目的 (精査・経過観察・スクリーニング・その他)

検査希望事項・注意事項

臨床診断・主訴・現病歴・他検査所見など