

診療情報提供書(MRI依頼書)

平成 年 月 日

医療法人ラポール会

田辺脳神経外科病院

〒583-0014

大阪府藤井寺市野中2丁目91番地

TEL(072)937-0012

FAX(072)937-0085

(検査可能日時)

* 月～金 9:00～16:40

* 土曜日 9:00～15:00

紹介元医療機関

名称:住所

医師名

印

TEL

FAX

検査予定日 月 日 午前・午後 時 分

フリガナ

患者氏名

男・女 M・T・S・H 年 月 日生(歳)

住所(〒 -)

TEL() (-)

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"/> 骨盤腔
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 頭部MRA	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 肝・胆・膵
体内金属	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 頸部MRA	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> MRCP
妊婦	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> その他
インプラント	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> R・L膝関節	<input type="checkbox"/> ()
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 顎関節	<input type="checkbox"/> 四肢	
造影	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要	画像プリント	<input type="checkbox"/> ファイルム	<input type="checkbox"/> CD-R
所見(頭部のみ)	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要			
検査目的(精査・経過観察・スクリーニング)					
検査希望事項					
臨床診断・主訴・現病歴・その他					