

診療情報提供書 (兼 MRI検査依頼票)

年 月 日

医療機関名

依頼医師

先生

フリガナ		性別	生年月日		
患者氏名		男・女	大・昭・平・令	年	月 日 (歳)
住 所			(電話番号)	—	—
診断名・症状と検査目的					
ペースメーカー <input type="checkbox"/>	脳動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/>	閉所恐怖症 <input type="checkbox"/>	身長		cm
感染症 <input type="checkbox"/>	刺青 <input type="checkbox"/>	妊娠 <input type="checkbox"/>	体重		kg
体内の金属 部位 :	材質 :				
該当するものにチェックしてください					

検査予約日 : 年 月 日 () 時 分

検査項目

単純	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎
	<input type="checkbox"/> MRA	
	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 関節・四肢 () <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他 ()