

検査依頼書(MRI)

兼 診療情報提供書

※ 太枠内のみ記入してください

依頼元機関名

依頼医師名

予約日時

年 月 日 (曜日)

午前 ・ 午後

時

分

フリガナ

患者氏名

様 (男 ・ 女)

生年月日

M・T・S・H

年

月

日

頭部 ()

骨盤腔 ()

頸部 ()

股関節 (R ・ L)

MRA (頭部 ・ 頸部)

脊髄 (頸髄 ・ 胸髄 ・ 腰髄)

胸部 ()

上肢 (R ・ L)

腹部 ()

下肢 (R ・ L)

その他 ()

※ 撮影手技については、当院の撮影条件を適用させていただきます。

傷病名

既往歴等

症状経過・検査目的(できるだけ詳細に記入してください)

現在の処方及び備考

チェックリスト(体内磁性体の有無など)

●人工心臓弁

有 ・ 無

●入れ歯

有 ・ 無

●ペースメーカー

有 ・ 無

●針治療の針

有 ・ 無

●人工関節

有 ・ 無

●義手・義足

有 ・ 無

●手術用クリップ

有 ・ 無

●妊娠

有 ・ 無

●固定用プレート

有 ・ 無

●その他 ()

検査結果

画像について

CD-R

フィルム

不要

読影レポートについて

FAX

郵送

不要

使用材料

CD-R

枚

半切フィルム

枚

その他 ()

読影レポート

有り

無し

県西総合病院 地域医療連携室

電話 0296-75-3171 (内線)788

FAX 0296-75-6525