

MRI検査依頼書(兼診療情報提供書)

令和年月日

患者氏名(フリガナ)		生年月日		性別	
		<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年月日(歳)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
連絡先(自宅・携帯電話)		MRI検査時必須項目(必ず記入下さい)			
		身長	cm	体重 kg	
画像のご提供方法	CD-R <input type="checkbox"/> ご本人手渡し <input type="checkbox"/> 郵送	読影レポート	遠隔読影レポート返却後、診療情報提供書と共に郵送いたします		
移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー				
※造影検査は行いません	<input type="checkbox"/> 頭部() <input type="checkbox"/> 胸部() <input type="checkbox"/> 腹部() 脊椎: <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 ()		<input type="checkbox"/> 頸部() <input type="checkbox"/> 骨盤部() <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 四肢:右・左() <input type="checkbox"/> MRCP				
	診断名				
	検査目的 病歴等				
	MRI禁忌 該当する場合検査出来ません				
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は、部位や素材・挿入年月日などをできるだけ詳しくご記入ください。 ()				

検査希望日時

第1希望	年月日 午前(10:00~11:30)・午後(14:00~16:00)	
第2希望	年月日 午前(10:00~11:30)・午後(14:00~16:00)	

紹介元医療機関名

TEL

依頼医サイン

印

FAX

ご紹介いただきまして、誠にありがとうございます。

村上記念病院 放射線科

TEL 0979-23-3333 FAX 0979-24-5345

電話予約後、本紙を当院へFAXしてください。検査当日予約60分前に受付窓口へ
 本紙及びMRI検査問診票をご提出いただきますよう患者さんへご案内ください。