

MRI 依頼検査書

紹介状 (診療情報提供書)		作成日 令和 年 月 日			
医療法人七ひく会 七ひくクリニック		放射線科		担当医 先生御侍史	
紹介元医療機関 名称					
御住所			電話		
医師 氏名					
フリガナ		性別		生年月日	
患者氏名		男・女		T・S・H・R 年 月 日	
住所				電話番号	
検査目的					
既往歴					
検査 部位 単純<input checked="" type="checkbox"/> ※造影 MRI は施行しておりません。					
<input type="checkbox"/> 頭部 (<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 頭痛・めまい <input type="checkbox"/> その他 ())					
<input type="checkbox"/> 脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎)					
<input type="checkbox"/> 胸部 (<input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 大血管)					
<input type="checkbox"/> 腹部 (<input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎)					
<input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 前立腺					
<input type="checkbox"/> MRI (MRA) <input type="checkbox"/> MRCP					
断層方向御希望のコントラストがあれば記入してください ()					
*1 箇所にチェックをお願いします					
<input type="checkbox"/> 読影所見不要		<input type="checkbox"/> 通常読影所見希望 (2日~5日以内)		<input type="checkbox"/> 至急読影所見希望 (最短当日~翌日) ※翌日が土日祝の場合は翌診療日になります	
ADL <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> その他 ()					
*予約検査希望日					
① 月 日		検査時間 AM/PM 時 分 ~ 時 分			
② 月 日		検査時間 AM/PM 時 分 ~ 時 分			
③ 月 日		検査時間 AM/PM 時 分 ~ 時 分			
検査日当日紹介状として患者様にお渡しください。					