

診療情報提供書（兼 MRI 検査依頼用紙）

紹介元医療機関：

所在地：

TEL：

FAX：

医師名：

[紹介先医療機関]

あかね台眼科脳神経外科クリニック

TEL：045-961-2118 FAX：045-961-2119

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒 ー ー TEL (ー ー)		

検査日	年 月 日 ()
時間	午前 ・ 午後 時 分

診断名			
所見			
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎) <input type="checkbox"/> 上肢 () <input type="checkbox"/> 下肢 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
依頼内容詳細			
画像レポート	必要 (後日郵送致します) ・ 不要	画像 CD 枚数	1 枚 + 枚

備考欄

--

検査前確認事項

心臓ペースメーカー、人工中耳など	有 ・ 無
体内金属 (脳動脈瘤クリップ、骨固定金属、人工関節など)	有 ・ 無
アートメイク、刺青など	有 ・ 無
女性の方へ 妊娠の有無	有 ・ 無
閉所恐怖症	有 ・ 無