

診療情報提供書（MRI 検査依頼書）

入江病院 担当医 _____ 医師 宛
 依頼日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 紹介元 医療機関名 _____
 所在地 _____
 電話番号 _____ FAX 番号 _____
 診療科・医師名 _____

患者様情報

フリガナ		性別	明・大・昭・平	
患者氏名		男・女	年 _____ 月 _____ 日生	(_____ 才)
住所		電話	自宅 (_____) - _____	携帯 (_____) - _____
検査日時	年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日)、 _____ 時 _____ 分			
主訴又は 現病名 検査目的				
検査部位	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 上腹部 ☐ 下腹部 ☐ 骨盤部 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 股関節 ☐ 膝関節 ☐ 肩関節 ☐ その他 (_____)			
	☆ 判明している感染症（できれば記入） ☐ HBs抗原 ☐ HCV ☐ 梅毒 ☐ MRSA ☐ その他 (_____) ☆ 体内埋め込み金属など ☐ 下記に当てはまるものではありません。 ＊ペースメーカー ＊脳動脈クリップ ＊人工内耳 ＊眼球内金属 ＊磁性義歯 ＊金属製心臓人工弁 ＊埋込型 ICD（除細動器） ＊妊娠 ＊閉所恐怖症 ＊刺青 ＊その他（電氣的・機械的に作動するものや金属片）			
備考 （既往歴そ 他の注意 事項）				
画像形式	CD-Rのみ	読影報告書	☐ 希望	
当院記入欄				

主治医様へ

検査の予約は当院放射線科へ直接お電話ください。予約後にこの診療情報書をFAX又は郵送にて当院へ送付してください。

（放射線科直通電話番号：079-230-3004（FAX 兼用））

医療法人 松藤会 入江病院