

診療情報提供書(MRI検査依頼票)

令和 年 月 日

医療法人社団 医誠会
湘陽かしわ台病院
海老名市柏ヶ谷584-2
TEL:046 - 292 - 5800
FAX:046 - 292 - 5880

| | |
|---------|---|
| 紹介元医療機関 | |
| 医師名 | 印 |
| TEL: | |
| FAX: | |

| | | | |
|-----|----------|-------|-----|
| 検査日 | 令和 年 月 日 | 午前・午後 | 時 分 |
|-----|----------|-------|-----|

| | | | | | | | |
|------|--|-----|---------|---|---|---|---|
| フリガナ | | 男・女 | T・S・H・R | 年 | 月 | 日 | 生 |
| 患者氏名 | | | | | | | |

| | |
|-------------------|---|
| 検査部位 | <input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙骨・尾骨部 <input type="checkbox"/> 右・左肩関節 <input type="checkbox"/> 右・左肘関節 <input type="checkbox"/> 右・左手関節 <input type="checkbox"/> 右・左膝関節 <input type="checkbox"/> 右・左足関節 <input type="checkbox"/> 右・左股関節 <input type="checkbox"/> 四肢・その他() <input type="checkbox"/> 筋肉・軟部組織() <input type="checkbox"/> 骨盤腔(子宮・卵巣・膀胱) <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 肝・胆・膵・腎臓 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> その他() |
| 造影検査 | <input type="checkbox"/> 必要* <input type="checkbox"/> 不要 |
| 問診 | ペースメーカー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 体内金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 妊娠 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 刺青 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 手術既往 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (手術名:) |
| 検査画像 | CD-R(無料)にてお渡し |
| お渡し方法 | <input type="checkbox"/> 患者様渡し <input type="checkbox"/> 貴院様宛てに郵送 |
| 読影報告書 | <input type="checkbox"/> 翌日FAX <input type="checkbox"/> 検査画像と一緒に翌日郵送 |
| 検査目的 | |
| 臨床診断名 | |
| 検査データ (既往歴と経過) | |

*:患者様への造影使用同意書のご記入をお願い致します。同意書は当院ホームページからもダウンロードできますしFAXにて貴院宛てにお送りすることも可能です。