

# MRI検査

紹介状(診療情報提供書)		年 月 日
社会医療法人 彩樹 守口敬仁会病院		
科	先生	
紹介元医療機関名称		
住所	電話	
医師氏名		(印)
フリガナ	性別	生年月日
患者氏名	男・女	M. T. S. H. R 年 月 日
診療情報		
心臓・ペースメーカー あり なし 手術クリップクランプ あり なし 脳動脈瘤クリップ あり なし		
人工骨頭・関節 あり なし 妊娠の可能性 あり なし 不整脈 あり なし		
その他・体内金属片( ) 薬物アレルギー なし あり( )		
検査部位	断層方向	
頭部・脊椎(頸椎・胸椎・腰椎)	・Axial	
胸部(縦隔・心臓・大血管)	・Saggital	
腹部(肝・胆・膵・腎)	・Coronal	
骨盤部 四肢	・その他 ( )	
MR・Angio・MRCP		
その他	P ・CE	
* 1箇所チェックをお願いします <input type="checkbox"/> フィルム希望 <input type="checkbox"/> CD-ROM希望 <input type="checkbox"/> フィルム・CD-ROM不要		
* 1箇所チェックをお願いします <input type="checkbox"/> 読影所見不要 <input type="checkbox"/> 読影所見希望(至急) <input type="checkbox"/> 読影所見希望(1週間以内)		
* 予約検査日	月 日	検査時間 時 分
検査日当日紹介状として患者様にお渡しく下さい。		