ＭＲＩ検査依頼書 兼 診療情報提供書

依頼先医療機関	：医療法人和仁会　和仁会病院　御中
電話番号	：095-839-2051
ＦＡＸ番号	：095-839-2089
担当部署	：担当医・放射線科・事務担当医事課　様宛

※下記内容にて撮影をお願いいたします。

検査日時：	平成　　年　　月　　日　　時　　分		
フリガナ		男・女	生年月日 大正・昭和・平成 年　月　日（　歳）
患者様氏名			

臨床診断名・主症状

撮影部位　（ □ にチェックをと（ ）には○印を記入 ）

□ 頭部　□ 頚部　□ 脊椎・脊髄（ 頚椎・胸椎・腰椎 ）

□ 胸部　□ 腹部　□ ＭＲＣＰ　□ 骨盤（ 子宮・卵巣・前立腺・膀胱 ）

□ 右・左上肢（ 肩・上腕・肘・前腕・手関節 ）

□ 右・左下肢（ 股関節・大腿・膝・下腿・足関節 ）

□ ＭＲＡ（ 頭部・頚部・下肢 ）　□ その他（　　）

撮影目的・撮影条件（特に希望がある場合など）

患者情報

手術歴（ 有・無 ）　体内金属（ 有・無 ）　ペースメーカー・人工弁（ 有・無 ）

人工内耳（ 有・無 ）　妊娠の可能性（ 有・無 ）　義手・義足・義眼・義歯（ 有・無 ）

その他体内磁性体等（　　）

読影レポートについて

□ 必要（ □ FAX　□ 郵便 ）　□ 至急　□ 不要

備考欄

※ MRI検査に禁忌事項をご確認下さい。又検査不可能な場合がある旨を患者様へご説明下さい
※当該依頼書は先にFAXでお送りいたします。
※ 検査当日この原本を患者様に貴院受付時に提出していただくようにお願いしています。

依頼元医療機関	：
電話番号	：
ＦＡＸ番号	：
医師名	：