

診療情報提供書 (MRI 検査依頼書)

記入年月日 年 月 日

上永谷こう脳神経クリニック  
横浜市港南区丸山台 3-2-3 サルテリニビル 2F

紹介元医療機関

医師名

TEL :

FAX :

電話予約お願いします  
TEL 045-374-5447

検査日 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分

|          |      |          |             |   |       |
|----------|------|----------|-------------|---|-------|
| 患者<br>氏名 | ふりがな | 生年<br>月日 | 明治・大正・昭和・平成 |   |       |
|          | 男・女  |          | 年           | 月 | 日生(歳) |

|                   |   |
|-------------------|---|
| 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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 四肢・その他 ( ) <input type="checkbox"/> 筋肉・軟部組織 ( )<br><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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 造影検査              | <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 (必要な場合、3か月以内のクレアチニン値をご提供下さい)  |
| 読影依頼              | <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<br>体内金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>妊娠 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>刺青 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>手術既往 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (手術名: )  |
| 検査目的              |   |
| 臨床診断名             |   |
| 検査データ<br>(既往歴と経過) | <input type="checkbox"/> CD-R 患者渡し <input type="checkbox"/> 郵送  |

