

診療情報提供書 (MRI 依頼票)

紹介先医療機関名： はきいクリニック 行

TEL: 045-392-7340

紹介元医療機関名称：

所在地：

TEL / FAX： - - / - -

医師名： _____

予約検査日： _____ 年 月 日 時 分開始

患者氏名	フリガナ	男	生年月日	歳	
		女	M T S H 年 月 日		
診断名					
診断 または 所見等					
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 大血管 () <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 肩関節 (R ・ L) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 股関節 (R ・ L ・ 両側) <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 膝関節 (R ・ L ・ 両側) <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 足関節 (R ・ L ・ 両側) <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤				
MRI 撮像条件	ご希望がありましたらご記入ください				
	単純	<input type="checkbox"/> ルーチン	当クリニックの部位ルーチンでの撮像		
		<input type="checkbox"/> Axial	T1 ・ T2 ・ FLAIR ・ Diffusion ・ MRA ・ T2* ・ ()		
		<input type="checkbox"/> Sagittal	T1 ・ T2 ・ FLAIR ・ Diffusion ・ MRA ・ T2* ・ ()		
		<input type="checkbox"/> Coronal	T1 ・ T2 ・ FLAIR ・ Diffusion ・ MRA ・ T2* ・ ()		
	<input type="checkbox"/> その他	T1 ・ T2 ・ FLAIR ・ Diffusion ・ MRA ・ T2* ・ ()			
読影レポート	必要：郵送 または FAX (- -)				
	不要 (レポートは必要ありません)				
画像 CD-R	1 枚+必要コピー数 枚 (コピーは 1 枚 1,000 円です)				