

# 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)				