

MRI検査依頼票

(診療情報提供書)

令和 年 月 日

医療機関の名称	医師名
---------	-----

予約日時 年 月 日 () 午前・午後 時 分

フリガナ 氏名	生 年 月 日 明治・大正・昭和・平成
男・女	年 月 日生 (歳)
住所 〒	
体重 Kg	

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 (+ <input type="checkbox"/> MRA)	<input type="checkbox"/> 骨盤部 (前立腺・子宮卵巣)
	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰)	<input type="checkbox"/> 肩関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 肘関節 (右・左)
	<input type="checkbox"/> 手関節 (右・左)	<input type="checkbox"/> 股関節 (右・左・両側) <input type="checkbox"/> 膝関節 (右・左)
	<input type="checkbox"/> 足関節 (右・左)	<input type="checkbox"/> その他 ()

MRI検査時チェックリスト

1、心臓ペースメーカー 2、人工関節 3、妊娠 4、てんかん 5、動脈瘤クリップ 6、入れ歯
7、不整脈 8、入れ墨 9、湿布、カイロ 10、補聴器 11、ヘアピン、ネックレス、財布など
12、カラーコンタクト 13、感染症(有・無) 感染名:()

臨床診断名	手術歴
	薬物アレルギー
現病歴 検査所見 治療経過 検査目的等	

(詳しくお書き下さい。)

備考 : 必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録等を添付・ご持参願います。
所見については、FAXもしくはPCメール(ご相談下さい)にて送信させていただきます。
また同時に貴院宛に所見レポートの郵送もさせていただきます。

医療法人 歓喜会
辻外科リハビリテーション病院
〒543-0072 大阪市天王寺区生玉前町3-24
電話 06-6771-0681