

診療情報提供書（MRI 依頼票）

紹介先医療機関名：たかだ脳神経外科クリニック 行

TEL：0467-46-1771

FAX：0467-50-0114

紹介元医療機関名称：

所在地：

TEL / FAX： - - / - -

医師名 _____

予約検査日： 令和 _____ 年 月 日 時 分 開始

患者氏名	フリガナ		男 女	生年月日			歳
				大・昭・平・令 年 月 日			
診断名							
所見等	<input type="checkbox"/> 脳梗塞疑い		<input type="checkbox"/> 頭痛		<input type="checkbox"/> 腰痛		
	<input type="checkbox"/> 脳出血疑い		<input type="checkbox"/> 腫瘍疑い		<input type="checkbox"/> 膝痛		
	<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤疑い		<input type="checkbox"/> ヘルニア疑い				
	<input type="checkbox"/> めまい		<input type="checkbox"/> しびれ ()				
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*・()				
	造影	<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)						
撮像画像 CD-R	1枚と必要コピー枚数 枚 (コピーは有料となります)						
担当技師 _____							