

社会医療法人社団 医善会
いずみ記念病院

©2013 Izumi Memorial Hospital

MRI検査依頼票-A

(診療情報提供書) 貴医療機関用

紹介元医療機関名 (ゴム印可)

所在地

電話番号

診療科名 科 医師氏名

患者情報

保険種類: ☐国保 ☐社保 ☐後期 ☐生保 ☐自費 ☐労災

貴医療機関 カルテ番号:

氏名: 男・女 生年月日: M T S H 年 月 日 (歳)

連絡先: 携帯・自宅・勤務先 () ー

予約日時 平成 年 月 日 午前・午後 時 分

検査・造影区分 ※アレルギー、喘息、妊娠、Cr高値の方は造影不可

造 影 【有・無・一任する】

検査部位 ☐をチェック後、項目を○で囲んでください

- ☐ 頭部 (脳・脳動脈・下垂体・内耳・)
- ☐ 頸部 (頸動脈・甲状腺・咽頭口頭・)
- ☐ 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・)
- ☐ 胸部 (縦隔・乳房・)
- ☐ 腹部 (肝・胆・膵・腎・MRCP・)
- ☐ 骨盤 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺・)
- ☐ 大血管 (胸・腹・骨盤・上肢・下肢・)
- ☐ 肩関節 (ひだり・みぎ)
- ☐ 手関節 (ひだり・みぎ)
- ☐ 股関節 (ひだり・みぎ)
- ☐ 膝関節 (ひだり・みぎ)
- ☐ 足関節 (ひだり・みぎ)
- ☐ 上肢・下肢 (上腕・肘・前腕・大腿・下腿・)
- ☐ その他 ()

撮影方向指示 ()

※腹部や造影検査の方は、検査4時間前から食事制限あり
(お水・茶は可です)

※膀胱検査の場合は検査の2時間前からトイレをお控えください

主訴

診断名

検査目的

病状経過

検査画像 媒体・発送方法 希望を○で囲んでください ※ 読影レポートは後日郵送いたします

画像媒体: フィルム・CD 発送方法: 患者へ渡す・結果と一緒に郵送