

診療情報提供書 (MRI検査依頼票)

令和 年 月 日

ふれあい平塚ホスピタル 宛

FAX : 0463 - 23 - 4449

紹介元

医療機関名

医師名

印

T E L

F A X

検査希望日

第一希望 令和 年 月 日 午前・午後

第二希望 令和 年 月 日 午前・午後

患者様情報

フリガナ

御名前 _____ 男・女 M・T・S・H・R 年 月 日生 (歳)

御住所

TEL — —

| | |
|-------------------|--|
| 検査部位 | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 右・左 肩関節 <input type="checkbox"/> 右・左 膝関節 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 検査目的 | |
| 臨床診断名 | |
| 確認事項 | ペースメーカー、植え込み型除細動器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 脳動脈瘤クリップなどの体内クリップ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 人工内耳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり その他の体内金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に:) 手術既往 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (手術名:) 義手・義足 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 義眼 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 刺青 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 造影検査 | <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (GFR値: mL/min/1.73m ²) 腎機能障害がある方でGFR値を測定している場合はカッコ内をご記入下さい |
| 検査データ (既往歴や経過) | |
| 画像プリント | <input type="checkbox"/> 半切フィルム <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 不要 (所見のみ) |
| 読影依頼 | <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 |



ふれあい平塚ホスピタル

平塚市袖ヶ浜1-12

TEL0463-22-4105

FAX0463-23-4449