

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

TEL

FAX

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	<p>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</p> <p>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</p> <p>人工内耳 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>その他の体内金属 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (具体的に: _____)</p> <p>手術既往 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (手術名: _____)</p> <p>義手・義足 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>義眼 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>妊娠の可能性 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>刺青 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p>
造影検査	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 (GFR値: _____ mL/min/1.73m ²) <small>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</small>
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)
備考	



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