

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