

診療情報提供書(MRI依頼票)

紹介先医療機関名:川崎みどりの病院

TEL:044-955-1611

FAX:044-955-1621

紹介元医療機関の名称:

所在地:

電話番号:

医師名

印

検査日:平成 年 月 日 時 分開始

患者名	フリガナ		生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日	歳
	男	女		
診断名				
検査目的	<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"/> 子宮附属器腫瘍 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> すべり症			
検査部位	<input type="radio"/> 頭部 <input type="radio"/> 肩関節(R・L) (撮影指示等) <input type="radio"/> 頸部 <input type="radio"/> 肘関節(R・L) <input type="radio"/> 頸椎 <input type="radio"/> 手関節(R・L) <input type="radio"/> 胸椎 <input type="radio"/> 股関節(R・L) <input type="radio"/> 腰痛 <input type="radio"/> 膝関節(R・L) <input type="radio"/> 骨盤 <input type="radio"/> 足関節(R・L)			
MRI 撮影条件	単純	<input type="checkbox"/> Axial	T1・T2・FLAIR・Diffusion・MRA・T2*・()	Slice
		<input type="checkbox"/> Sagital	T1・T2・FLAIR・Diffusion・MRA・T2*・()	Slice
		<input type="checkbox"/> Coronal	T1・T2・FLAIR・Diffusion・MRA・T2*・()	Slice
		<input type="checkbox"/> その他	T1・T2・FLAIR・Diffusion・MRA・T2*・()	Slice

○ 必要な場合は、
を付けてください。

Copy媒体	読影レポート	
CD-R 無料	有の場合のみご記入ください 郵送 ・ FAX FAX番号	
コピーCD-R 枚		無 ・ 有
Film(半切) 枚		