

# 診療情報提供書 (MRI 依頼票)

紹介先医療機関名 : たかだ脳神経外科クリニック 行

TEL : 0467-46-1771

FAX : 0467-50-0114

紹介元医療機関名称 :

所在地 :

TEL / FAX :        -        -        /        -        -

医師名 : \_\_\_\_\_

予約検査日 : 平成 \_\_\_\_\_ 年        月        日        時        分 開始

患者氏名	フリガナ	男 女	生年月日				歳
			M T S H	年	月	日	
診断名							
所見等	<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"/> めまい <input type="checkbox"/> すべり症						
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 大血管 (                      ) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 肩関節 ( R · L ) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 股関節 ( R · L · 両側 ) <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 膝関節 ( R · L · 両側 ) <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 足関節 ( R · L · 両側 ) <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤		<input type="checkbox"/> その他				
MRI 撮像条件	ご希望がありましたらご記入ください						
	単純	□ルーチン	当クリニックの部位ルーチンでの撮像				
		□Axial	T1 · T2 · FLAIR · Diffusion · MRA · T2* · (                      )				
	造影	□Sagittal	T1 · T2 · FLAIR · Diffusion · MRA · T2* · (                      )				
		□Coronal	T1 · T2 · FLAIR · Diffusion · MRA · T2* · (                      )				
□その他		T1 · T2 · FLAIR · Diffusion · MRA · T2* · (                      )					
読影レポート	必要 : 郵送 または FAX (        -        -        ) 不要 (レポートは必要ありません)						
撮像画像 CD-R	1 枚と必要コピー枚数                      枚 (コピーは有料となります)						
担当技師 _____							