

診療情報提供書

【MRI検査予約票】

申込日 年 月 日

関西メディカル病院 地域医療センター行 (FAX 06-6836-1196)

予約日時 月 日 () 午前・午後 時 分

※お電話で予約済みの場合、予約日時をご記載ください

紹介元医療機関名

貴院FAX番号(返信用)

-()-

担当医師名

科

患者氏名	フリガナ	生年月日	明治・大正・昭和・平成
	男・女		年 月 日 (才)
住所・電話	〒 - 電話: - () -		
撮影部位	<input type="checkbox"/> 脳 (MRA含む) <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 【 <input type="checkbox"/> サイレントモード (頭部のみ選択可。撮像時間が長くなります) 】 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 関節・骨軟部 ()		
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> その他		
移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
当院受診歴	あり・なし (診察券番号 :)		

【患者様データ】

ご希望検査日	① 月 日 () 午前・午後
	② 月 日 () 午前・午後
傷病名	
紹介目的	
既往歴・手術歴	
貴院における経過・検査結果・処方	
造影MRIの場合	血清Cr値 (3か月以内) mg/dl (月 日)