

診療情報提供書（MRI 依頼用）

紹介先医療機関 **すずき脳神経外科クリニック 行**

TEL 042-710-6577

FAX 042-710-6578

紹介元医療機関 名称：

所在地：

電話番号：

FAX 番号：

醫師名：

フリガナ	男・女		生年月日			歳
患者氏名			T・S・H 年 月 日			
診断名						
診断 または 所見						
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 大血管（ ） <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 肩関節（ R・L ） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 股関節（ R・L・両側 ） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 膝関節（ R・L・両側 ） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 足関節（ R・L・両側 ） <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/>					
MRI 撮像条件	ご希望がありましたらご記入ください					
	単純 造影	<input type="checkbox"/> ルーチン	当クリニックの部位ルーチンでの撮像			
		<input type="checkbox"/> Axial	T1・T2・FLAIR・Diffusion・MRA・T2*・（ ）			
		<input type="checkbox"/> Sagittal	T1・T2・FLAIR・Diffusion・MRA・T2*・（ ）			
		<input type="checkbox"/> Coronal	T1・T2・FLAIR・Diffusion・MRA・T2*・（ ）			
		<input type="checkbox"/> その他	T1・T2・FLAIR・Diffusion・MRA・T2*・（ ）			
		造影を行う場合 3ヶ月以内の（測定日 年 月 日） 血清クレアチニン値（ ）または eGFR 値（ ）				
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）					
画像 CD－R	1 枚 ＋ 必要コピー数 枚（コピーは 1 枚 1,000 円です）					

検査予約日

年 月 日 (曜日)

午前・午後 時 分開始