

# MRI 検査依頼書 兼 診療情報提供書

依頼元機関名

依頼医師名

予約日時 年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分

フリガナ

患者氏名 様(男・女) 生年月日 T・S・H 年 月 日

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 頭部 ( )  | <input type="checkbox"/> 股関節 (R・L )     |
| <input type="checkbox"/> 頸部 ( )  | <input type="checkbox"/> 脊髄 (頸椎・胸椎・腰椎 ) |
| <input type="checkbox"/> 胸部 ( )  | <input type="checkbox"/> 上肢 (R・L )      |
| <input type="checkbox"/> 腹部 ( )  | <input type="checkbox"/> 下肢 (R・L )      |
| <input type="checkbox"/> 骨盤腔 ( ) | <input type="checkbox"/> 認知症評価          |
| <input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |

※撮影手技については、当院の撮影条件を適用させていただきます。

疾病名

既往歴等

症状・検査目的

備考

●検査同意書・問診票の記入はすみしましたか ( はい・いいえ )

●チェック項目で、該当する箇所はありましたか ( はい・いいえ )

●該当しても検査は可能ですか? ( はい・いいえ )

検査結果

画像について

必要  不要

必要の場合 CD を患者様に手渡しいたします

読影レポートについて

必要  不要

必要の場合  FAX  郵送

医療法人 杉山会



すぎやま病院

住所 〒465-0092 名古屋市名東区社台 3-10

電話 052-774-8222 FAX 052-774-8360