

診療情報提供書（MRI 依頼票）

紹介先医療機関名： のじ脳神経外科・しびれクリニック 行

TEL：046-225-4100

FAX：046-225-4107

紹介元医療機関名称：

所在地：

TEL/FAX： — — / — —

医師名： _____

予約検査日： 年 月 日 時 分 開始

患者氏名	フリガナ	男 女	生年月日	T S H	年	月	日	歳	
診断名									
診断 または 所見等									
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"/> 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								
MRI 撮像条件	ご希望がありましたらご記入ください								
	単 純	<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*・（ ）								
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）								