MRI検査

紹介状(診療情報提供書)　　平成　　年　　月　　日

社会医療法人　彩樹　守口敬仁会病院

科　　先生

紹介元医療機関名称

住所　　電話

医師氏名　　㊞

ﾌﾘｶﾞﾅ	性 別	生年月日
患者氏名	男・女	M. T. S. H.　年　月　日

診療情報

心臓・ペースメーカー　あり　なし　手術クリップクランプ　あり　なし　脳動脈瘤クリップ　あり　なし

人工骨頭・関節　あり　なし　妊娠の可能性　あり　なし　不整脈　あり　なし

その他・体内金属片(　　)　薬物アレルギー　なし　あり(　　)

検査部位	断層方向
頭部　・脊椎(頚椎　・胸椎　・腰椎)	・Axial
胸部　(縦隔　・心臓　・大血管)	・Saggital
腹部　(肝　・胆　・膵　・腎)	・Coronal
骨盤部　　四肢	・その他　( )
MR　・Angio　　・MRCP	
その他	P　　・CE

＊1箇所にチェックお願いします

□フィルム希望　□CD－ROM希望

□フィルム・CD－ROM不要

＊1箇所にチェックお願いします

□読影所見不要

□読影所見希望(至急)

□読影所見希望(1週間以内)

＊予約検査日　　月　　日　　検査時間　　時　　分

検査日当日紹介状として患者様にお渡しください。