

診療情報提供書

フリガナ		依頼元施設名:	
患者氏名:	様	ご担当医:	
生年月日:	T・S・H 年 月 日 男・女	電話:	
電話:		FAX:	
住所:			

MRI 検査 (単純のみ)					骨密度 (DEXA)		
頭頸部	<input type="checkbox"/> 脳+MRA	<input type="checkbox"/> 頸部			腰椎	<input type="checkbox"/>	
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎		大腿骨	<input type="checkbox"/>	
腹部	<input type="checkbox"/> 肝胆膵 (MRCP)		<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 子宮卵巣	腰椎・大腿骨	<input type="checkbox"/>	
上肢	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 肩	<input type="checkbox"/> 肘	<input type="checkbox"/> 手関節			
下肢	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 膝	<input type="checkbox"/> 足関節			
血管	<input type="checkbox"/> 下肢動脈	<input type="checkbox"/> 頸動脈					
その他	( )						

下記のチェックをお願いいたします (MRI)

●妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
●閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
●心臓ペースメーカー、除細動器 (ICD)、人工内耳、義眼	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
●体内金属 種類 ( )	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

疾患名または臨床診断

検査目的

検査データは、CDにして検査当日に患者様にお渡します。(骨密度は紙にてお渡します。) 読影結果は郵送にて3日~5日で送ります。(お急ぎでしたら FAX 又は Eメールでも可能です。)