

MRI 検査依頼書（診療情報提供書）

お手数ですが、お電話でお申し込み頂き、この用紙と問診票を FAX して下さい。（TEL：029-878-1200 FAX：029-893-2721）
別紙の検査予約票に検査日時をご記入の上、患者様にお渡し下さい。

検査日	年	月	日	予約時間	時	分
-----	---	---	---	------	---	---

患者情報	フリガナ		<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> 労災									
	氏名		生年月日	年	月	日	男・女					
	住所	〒					—					
	TEL:											
医療機関情報	医療機関名											
	住所											
	TEL・FAX											
	医師名											
検査部位	<input type="checkbox"/> MRI		<input type="checkbox"/> MRA		※造影検査は行なっていません							
	・頭部	・頸部	・胸部									
	・上腹部【肝 胆 膵 腎】											
	・下腹部【膀胱 前立腺 子宮 卵巣】											
	・脊椎【頸椎 胸椎 腰椎 胸腰椎 仙骨 尾骨 骨盤】											
	・上肢（			）			・下肢（			）		
	・その他（						）					
病名												
読影依頼内容												

当院記入欄

ID	備考
----	----