

診療情報提供書 MRI検査申し込み書

ご依頼日 ____年__月__日

■ 貴施設情報 ※施設名、医師名、ご住所、電話番号、ファックス番号を記載してください。

--	--	--	--

■ 患者様情報

ふりがな		年 齢	
氏 名		生年月日	
ご住所			
電話番号（自宅）		電話番号（携帯）	
保険者番号		記号	番号
			枝番
本 ・ 家	資格取得		有効期限
() 割	公費	負担者番号	受給者番号

■ 目的部位

<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 脳血管	<input type="checkbox"/> 頸部血管	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 仙尾骨	<input type="checkbox"/> 肝臓
<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 子宮卵巣	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 膝（右・左）	<input type="checkbox"/> 肩（右・左）		
<input type="checkbox"/> その他 ()							

■ ご留意点

- ペースメーカー等の医療機器（条件付き対応も含む）挿入患者は対応できません。
- ニトロテープ、血糖測定リブレ、湿布薬等は外す必要があります。
- 入れ墨・眉等に入れ墨等をされている方はやけどの危険があります。
- 左右の依頼間違いの無い様にご確認をお願い致します。

■ 疾患名

--

■ 傷病歴

--