

# 診察情報提供書 (MRI 検査依頼票)

平成 年 月 日

いわくら脳神経外科 頭痛クリニック  
 TEL 078-798-3520  
 FAX 078-798-3530

紹介元医療機関	
医師名	印
TEL	
FAX	

検査日
平成 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分

フリガナ.....  
 患者氏名..... 男・女 M・T・S・H 年 月 日生 ( 歳)

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 MRI <input type="checkbox"/> 頭部 MRA <input type="checkbox"/> 頸部 MRA <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙骨・尾骨部 <input type="checkbox"/> 右・左 肩関節 <input type="checkbox"/> 右・左 肘関節 <input type="checkbox"/> 右・左 手関節 <input type="checkbox"/> 右・左 膝関節 <input type="checkbox"/> 右・左 足関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 四肢・その他(   ) <input type="checkbox"/> 筋肉・軟部組織(   ) <input type="checkbox"/> 骨盤腔 (子宮・卵巣・膀胱) <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 肝・胆・脾・腎臓 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> その他 (   )
MRI 検査	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 再来
問診	ペースメーカー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 体内金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 妊娠 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 刺青 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 手術既往 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (手術名:   )
造影検査	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
画像プリント	<input type="checkbox"/> 半切フィルム <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 不要 (所見のみ)
読影依頼	<input type="checkbox"/> 必要 (翌日 FAX 返信 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要*) <input type="checkbox"/> 不要
検査目的	
臨床診断名	
検査データ (既往歴と経過)	

\* 読影依頼の項目で、「翌日 FAX 不要」をご選択された医院様には、翌々日以降に結果をご郵送させていただきます

いわくら脳神経外科 頭痛クリニック