

MRI

診療情報提供書
MR 検査

☐ 依頼施設用
☐ 高の原中央病院用
ご記入後コピーして各施設用にご使用ください。

撮影日	年	月	日	HPコード	予約日	時	分	年	月	日	()	午前	午後	時	分
I DNo.					御紹介医	病院名									
氏 名						所在地									
生年月日						TEL									
依頼						発行日									
臨床診断												検査部位			
主 訴												頭部ルーチン	肝	膝 ()	
												下垂体	脾	股関節 ()	
手術・既往歴												頭部MRA	腎	肩 ()	
												内 耳 道	M R C P	手関節 ()	
現症・現病歴 および検査目的												頭頸部MRA	後 腹 膜	肘 ()	
												眼 窩	骨 盤 腔	足関節 ()	
												副 鼻 腔	膀 胱	脊 髓	
												耳 下 腺	女性骨盤	C,	
												甲 状 腺	前 立 腺	Th, LS	
														全 下 肢 M R A	
												造 影		あり なし	
												感 染 症	HBsAg (- ・ +)		
													HCV (- ・ +)		
													STS (- ・ +)		
MRSA (- ・ +)															
緑膿菌 (- ・ +)															
		その他 ()													
依頼医師名		科													
()															
術 前 確 認 事 項	ペースメーカー	有	無												
	頭部手術既往歴	有 (対策)	無												
	義歯装着	有 (対策)	無												
	その他の体内金属	有 (対策)	無												