

診療情報提供書(MRI依頼状)

平成 年 月 日

医療法人 緑風会
三宅おおふくクリニック

紹介医療機関の所在地・名称
〒

上者郁夫 先生 御侍史

医師名: ⑩

TEL: FAX:

フリガナ 患者氏名	男・女	おおふくのID _____
T・S・H	年 月 日生 (歳)	当院のID _____

病名	
検査目的 及び コメント	

検査部位

脊柱(C) 肩関節(R・L) 股関節(R・L)
 脊柱(Th) 肘関節(R・L) 膝関節(R・L)
 脊柱(L) 手関節(R・L) 足関節(R・L)
 脊柱(S) 手 (R・L) 足 (R・L)
 その他 (_____)

造影剤 : 不要 ・ 要

医師検査事前チェック

1. 体内埋め込み金属等…………… 有・無 (有の場合: _____)
2. 手術の既往…………… 有・無 (有の場合: _____)
3. 妊娠もしくは妊娠の可能性…… 有・無

検査日時	: 平成 年 月 日 時 分
------	----------------

〒701-0204 岡山市南区大福393-1
医療法人 緑風会 三宅おおふくクリニック

TEL: 086-281-2020(代表)

FAX: 086-281-7575

2018. 4改定