

# 診療情報提供書 (MRI 依頼状)

年 月 日

医療法人緑風会  
三宅おおふくクリニック

紹介先医療機関の所在地・名称  
〒

上者 郁夫 先生 御侍史

医師氏名: ①

TEL: FAX:

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

|                    |  |
|--------------------|--|
| 病名                 |  |
| 検査目的<br>及び<br>コメント |  |

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>検査部位</b>        | <input type="checkbox"/> 脊柱 ( C ) <input type="checkbox"/> 肩関節 ( R・L ) <input type="checkbox"/> 股関節 ( R・L )<br><input type="checkbox"/> 脊柱 ( Th ) <input type="checkbox"/> 肘関節 ( R・L ) <input type="checkbox"/> 膝関節 ( R・L )<br><input type="checkbox"/> 脊柱 ( L ) <input type="checkbox"/> 手関節 ( R・L ) <input type="checkbox"/> 足関節 ( R・L )<br><input type="checkbox"/> 脊柱 ( S ) <input type="checkbox"/> 手 ( R・L ) <input type="checkbox"/> 足 ( R・L )<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| <b>検査部位</b>        | 不要 ・ 要  |
| <b>医師検査事前チェック</b>  |   |
| 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: | 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