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:　　㊞
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

□頭部(全脳)　□脊柱(C)　□上腹部
○頭部MRA　□脊柱(Th)　○MRCP
○頚部MRA　□脊柱(L)　□骨盤(女性のみ最終生理日:　月　日)
○VSRAD　□脊柱(S)
□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