

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:

Ⓜ

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
 頸部MRA 脊柱 (L) 骨盤 (女性のみ最終生理日: 月 日)
 VSRAD 脊柱 (S)
 その他 ()

検査部位 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:	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