

# 診療情報提供書 (MRI 依頼票)

紹介先医療機関等名：たま日吉台病院分院

TEL：044-955-1611

FAX：044-955-1621

紹介元医療機関の名称：

所在地：

電話番号：

医師名

印

検査日：平成		年	月	日	時	分開始													
患者名	フリガナ		男 女	生年月日		歳													
				明治 大正 昭和 平成	年		月 日												
診断名 精査目的	<input type="checkbox"/> 脳梗塞疑い <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 脳出血疑い <input type="checkbox"/> 腫瘍疑い <input type="checkbox"/> 膝痛 <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤疑い <input type="checkbox"/> ヘルニア疑い <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> すべり症																		
検査部位	<table border="0"> <tr> <td>○頭部</td> <td>○肩関節 (R・L)</td> <td rowspan="6">撮影指示等</td> </tr> <tr> <td>○頸部</td> <td>○肘関節 (R・L)</td> </tr> <tr> <td>○頸椎</td> <td>○手関節 (R・L)</td> </tr> <tr> <td>○胸椎</td> <td>○股関節 (R・L)</td> </tr> <tr> <td>○腰椎</td> <td>○膝関節 (R・L)</td> </tr> <tr> <td>○骨盤腔</td> <td>○足関節 (R・L)</td> </tr> </table>						○頭部	○肩関節 (R・L)	撮影指示等	○頸部	○肘関節 (R・L)	○頸椎	○手関節 (R・L)	○胸椎	○股関節 (R・L)	○腰椎	○膝関節 (R・L)	○骨盤腔	○足関節 (R・L)
○頭部	○肩関節 (R・L)	撮影指示等																	
○頸部	○肘関節 (R・L)																		
○頸椎	○手関節 (R・L)																		
○胸椎	○股関節 (R・L)																		
○腰椎	○膝関節 (R・L)																		
○骨盤腔	○足関節 (R・L)																		
MRI 撮影条件	単純	<input type="checkbox"/> Axial	T1・T2・FLAIR・Diffusion・MRA・T2*・( )	Slice															
		<input type="checkbox"/> Sagtal	T1・T2・FLAIR・Diffusion・MRA・T2*・( )	Slice															
	造影	<input type="checkbox"/> Coronal	T1・T2・FLAIR・Diffusion・MRA・T2*・( )	Slice															
		<input type="checkbox"/> その他	T1・T2・FLAIR・Diffusion・MRA・T2*・( )	Slice															

技師名

○を付けて下さい。  
必要な場合は、

Copy 媒体	読影レポート
CD-R 無料	有の場合のみご記入下さい。 郵送・FAX FAX 番号
コピー CD-R 枚 Film (半切) 枚	
	無・有