

MRI検査依頼用紙

(診療情報提供書)

ホームページから印刷できます。

医療法人社団うしお会 八木病院
〒656-0446兵庫県南あわじ市八木寺内1147
TEL 0799-42-6188 FAX 0799-42-6019

紹介先医療機関先名 八木病院 外来担当医師 宛		紹介元医療機関名		
申込日 年 月 日()		検査日 年 月 日()		
患者氏名 男 様 女		検査開始予定時刻 検査30分前に受付して下さい。 午前・午後 時 分より		
生年月日 T・S・H・R 年 月 日 男・女		医師名①	医師名②	技師
電話		*放射線科医師読影 要 ・ 不要		
患者状態 難聴 麻痺 () 妊娠 有 無 感染症 - ・ + HCV HBS Waその他 ()				
撮影部位 ()		単純のみ	身長 cm	体重 kg
*病名 (疑い)				
*依頼目的 臨床所見				
前回MRI (無 有) 年 月 日				
撮影部位 希望部位に☑を付けて下さ。*基本的に検査できる部位は一か所です。 但し 頭部MRI+頭頸部MRA 頭部+頭頸部MRA+BPAS cisternography 同時撮影は可能です。 頭部・・・☐全脳 ☐VSRAD ☐下垂体 ☐cisternography ☐副鼻腔 ☐その他 () 脊椎・・・☐頸椎 ☐胸椎 (番) ☐腰椎 ☐ミエログラフィー 頸部・・・☐頸部全般 ☐甲状腺 ☐その他 胸部・・・☐縦隔 ☐乳腺 (左・右・両方) 腹部・・・☐肝臓 ☐胆嚢 ☐膵臓 ☐MRCP ☐腎臓 ☐膀胱 ☐前立腺 ☐子宮 四肢・・・☐右・左 肩関節 ☐右・左 肘関節 ☐右・左 手関節 ☐その他右・左 () ☐右・左 股関節 ☐右・左 膝関節 ☐右・左 足関節 ☐その他右・左 () その他・・・☐ () MRA (非造影)・・・☐頭部MRA ☐B-PAS ☐頸部MRA ☐下肢動脈 ☐下肢静脈 ☐鎖骨下動脈 ☐腎動脈 ☐MRU				