

平成 年 月 日

竹田総合病院放射線科 御中

紹介元 医師名

住 所 TEL

MRI 検 査 ・ 診 断 依 頼 書 (診療情報提供書)

フ リ ガ ナ		生年月日	年 月 日	才
氏 名		M ・ F	身長 cm	体重 kg
住 所	連絡先 : () -			
臨 床 診 断 名				

検 査 項 目
☐ 頭部 (脳・下垂体・小脳橋角部・眼窩・顔面・副鼻腔・口腔・耳下腺)
☐ 頸部 (頸部・甲状腺)
☐ 胸部 (縦隔・乳房)
☐ 腹部 (肝臓・胆管・膵臓・腎・副腎・脾臓)
☐ 骨盤 (前立腺・子宮・卵巣・膀胱・臀部)
☐ 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙骨・尾骨)
☐ 上肢 (肩・上腕・肘・前腕・手関節・手)
☐ 下肢 (股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足)
☐ その他 ()

チェックリスト (該当項目のみチェック)
☐ 体内外金属 (部位 :)
☐ 気管支喘息
☐ 腎機能障害
☐ 造影剤副作用歴 (症状 :)

※ペースメーカー装着者、
妊娠中の方は検査ができ
ません。

検査部位左右区分 : 右 ・ 左 ・ 両

造影剤使用 : 可 ・ 不 可 ※透析中、腎機能障害ありの場合は不可。

検 査 予 約 日 : 月 日 AM ・ PM 時 分

検 査 目 的

.....

.....

.....

.....

検査結果の報告方法 (診断報告書 + 全画像データ DICOM メディア)
☐ フィルム必要 ☐ メディア不要
☐ 結果の配送希望 (結果が出来次第、地域医療連携課より発送になります)
☐ 結果の受け取り希望 (検査から24時間経過後に救急室に取りにおいで下さい)
☐ 検査データのみ当日持ち帰り希望 (報告書は後日配送)

Dr. sign

※ 現在入院中	☐ 外来通院
☐ 一般病棟	
☐ 療養型病棟	