

作成日 年 月 日

診療情報提供書

①

〒583-0872 大阪府羽曳野市はびきの2-8-1 Tel 072-958-1000
医療法人 春秋会 城山病院 放射線科担当医 侍史

医療機関名		患者さま 情報	氏名(フリガナ)	
医師名			生年月日	
住所			住所	
電話番号	Tel() -		電話番号	Tel() -

臨床診断・検査目的	
現病名・既往歴	
アレルギー・感染症	

MRI検査依頼票

検査予定日時	年 月 日() 午前・午後 時 分
検査部位(1回の検査で1部位のご依頼とさせていただきます。)	
頭部	<input type="checkbox"/> 全脳 <input type="checkbox"/> 後頭蓋窩 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 内耳道 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨
頸部	<input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喉頭 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 耳下腺
胸部	<input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 肺野 <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> (右・左)乳房
腹部	<input type="checkbox"/> 肝臓～膵臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> MRCP * 腹部検査の場合、患者さまは検査 6 時間前より絶食をお願いします。 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺・膀胱 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 * 骨盤部検査の場合、患者さまは検査30分前より畜尿をお願いします。
四肢・関節	<input type="checkbox"/> (右・左)肩関節 <input type="checkbox"/> (右・左)肘関節 <input type="checkbox"/> (右・左)手関節 <input type="checkbox"/> (右・左)股関節 <input type="checkbox"/> (右・左)膝関節 <input type="checkbox"/> (右・左)足関節
MRA	<input type="checkbox"/> 頭部 MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 下肢動脈MRA <input type="checkbox"/> 下肢静脈MRA
その他の部位	<input type="checkbox"/>
造影剤	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 体重()Kg 造影剤要の場合、患者さまは検査3 時間前より絶食をお願いします。

所見の有無	要 ・ 不要	受け渡しメディア	フィルム ・ CD/DVD ・ 不要
-------	--------	----------	--------------------