**診療情報提供書**

紹介先医療機関名

　　　年　　月　　日

**一之瀬脳神経外科病院**

紹　介　元

**担当医先生　御侍史**

**放射線科**

医 療 機 関 名

：

印

医　師　名：

患者氏名：

性 別 ：　[ ] 男　・　[ ] 女

生年月日 ： [ ] 大正・[ ] 昭和・[ ] 平成・[ ] 令和　　　　年　　月　　日（　　　歳）

住　所 ： 〒

電話番号：

|  |  |
| --- | --- |
| 検査内容 | [ ]  MRI [ ] CT [ ] X-P |
| 撮影部位 | [ ] 頭部　[ ] 頚椎　[ ] 胸椎　[ ] 腰椎　[ ] 頚部　[ ] 腰部[ ] 肩関節( [ ] 右 / [ ] 左 )　[ ] 膝関節( [ ] 右 / [ ] 左 )　[ ] 肘関節( [ ] 右 / [ ] 左 )　[ ] 足関節( [ ] 右 / [ ] 左 )　[ ] 乳腺( [ ] 右 / [ ] 左 )　[ ] 胸部　[ ] 腹部　[ ] 骨盤部　[ ] 前立腺[ ] その他： |
| 造影剤 | [ ] 有　　　[ ] 無　　　[ ] 一任 |
| 交通事故 | 　[ ]  |
| MRI禁忌 | [ ] ペースメーカー（MRI不可）[ ] 体内金属（　　　　　　　　　　　）　[ ] 閉所恐怖症[ ] その他： |
| 造影剤禁忌 | [ ] 腎機能障害[ ] 糖尿病の既往があり服薬中（薬剤名：　　　　　　　　　　　）[ ] 喘息 |
| 特記事項 |  |
| CD-R | [ ]  患者さん持ち帰り希望　 [ ]  郵送希望 |

※読影結果は検査後、1週間程で郵送いたします。