**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。