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
放射線科　担当医先生　御侍史

紹介元
医療機関名：
医師名：　　印

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
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。