

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 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 頸部 ☐ 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。