

診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関名

紹介元
医療機関名

一之瀬脳神経外科病院

放射線科

御担当医 先生

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	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> X-P
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 肩関節(<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 膝関節(<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 肘関節(<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 足関節(<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 乳腺(<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> その他
造影剤	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一任
交通事故	<input type="checkbox"/>
MRI 禁忌	<input type="checkbox"/> ペースメーカー (MRI 不可) <input type="checkbox"/> 体内金属 () <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> その他
造影剤禁忌	<input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病の既往があり服薬中 (薬剤名 :) <input type="checkbox"/> 喘息
特記事項	