

診療情報提供書（MRI 依頼票）

紹介先医療機関名： 高木脳神経外科クリニック 行

TEL：045-545-0888

FAX：045-545-0889

紹介元医療機関名称：

所在地：

TEL / FAX： - - / - -

医師名： _____

予約検査日： _____ 年 月 日 時 分 開始

患者氏名	フリガナ	男 女	生年月日				歳
			M T S H	年	月	日	
診断名							
診断 または 所見等							
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 大血管（ ） <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 肩関節（ R ・ L ） <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 股関節（ R ・ L ・ 両側 ） <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 膝関節（ R ・ L ・ 両側 ） <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 足関節（ R ・ L ・ 両側 ） <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤						
MRI 撮像条件	ご希望がありましたらご記入ください						
	単純	<input type="checkbox"/> ルーチン	当クリニックの部位ルーチンでの撮像				
	造影	<input type="checkbox"/> Axial	T1・T2・FLAIR・Diffusion・MRA・T2*・（ ）				
		<input type="checkbox"/> Sagittal	T1・T2・FLAIR・Diffusion・MRA・T2*・（ ）				
		<input type="checkbox"/> Coronal	T1・T2・FLAIR・Diffusion・MRA・T2*・（ ）				
<input type="checkbox"/> その他		T1・T2・FLAIR・Diffusion・MRA・T2*・（ ）					
	造影を行う場合 3ヶ月以内の(測定日 年 月 日) 血清クレアチニン値() またはeGFR値()						
読影レポート	必要： 郵送 または FAX（ - - ）						
	不要（レポートは必要ありません）						
画像 CD-R	1枚+必要コピー数 枚（コピーは1枚1,000円です）						