

# 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 M T S H        年        月        日	歳
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"/> 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 <div style="float: right; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/>その他                 </div>			
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）			