

# 診療情報提供書（検査申込書）

貴院名	依頼医師名

## 患者様情報

フリガナ	性別	生年月日	備考
氏名	男・女	年 月 日	

## 医療情報

症状または病名			
依頼 検査	MRI【単純】	<input type="checkbox"/> 頭部 (MRI.MRA)	<input type="checkbox"/> 内耳
		<input type="checkbox"/> 頸部MRA	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎
			<input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 膝関節
■ 希望シーケンス・断面			

## 結果報告方法

※画像データ (CD-R) を患者様にお渡しします。

読影  要  不要

## 下記事項のチェックをお願いいたします。

■ 体内金属 (心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・ステント・その他)	あり・なし		
(詳細 ) ※ありの場合、検査ができない場合があります。			
■ 閉所恐怖症	あり・なし		
■ じっとしてられない (約15分間)	あり・なし		
■ 入れ歯・インプラント (磁石で固定するもの)	あり・なし		
■ 刺青・アートメイク	あり・なし		
■ 妊娠初期 (13週以内) もしくは妊娠の可能性	あり・なし		
検査予定日	令和 年 月 日	検査時間	: ~ :

※原則として検査開始15分前のご来院を患者様にご指示ください。

