

診療情報提供書（MRI検査依頼書）

■ 患者情報

カナ		生年月日	/ / (歳)
氏名			
住所		連絡先	自宅： 携帯：
紹介先： 独立行政法人 地域医療機能推進機構 福岡ゆたか中央病院 放射線科 直通 0949-26-3710 Fax 0949-26-3721		紹介元： 住 所： 電 話： 医 師 名：	

■ 診療情報

紹介目的：
既往歴：
症状経過・検査及び治療計画：

MRI検査依頼内容

検査日時： 年 月 日 AM・PM :

■ 検査部位 ※必要部位の□にチェックを入れて下さい。項目がない場合、その他欄にご記入してください

頭部	☐ 頭部+MRA	脊椎	☐ 頸椎	体幹部	☐ MRCP
	☐ VSRAD		☐ 胸椎		☐ 上腹部 ()
	☐ 頭頸部MRA		☐ 腰椎		☐ 骨盤部 ()
四肢	肩関節 (☐ 右・ ☐ 左)	肘関節 (☐ 右・ ☐ 左)	手関節 (☐ 右・ ☐ 左)	手(☐ 右・ ☐ 左)	
	股関節 (☐ 右・ ☐ 左)	膝関節 (☐ 右・ ☐ 左)	その他		
	足関節 (☐ 右・ ☐ 左)	足 (☐ 右・ ☐ 左)			

☐ 単純・☐ 造影（造影検査の場合、問診票・同意書が必要です）

■ 確認事項

心臓ペースメーカー	☐ 有・ ☐ 無	☐ 人口内耳・眼科用ステント	☐ 有・ ☐ 無
植え込み型除細動器	☐ 有・ ☐ 無	☐ 脳室シャント（圧可変式）	☐ 有・ ☐ 無
読影結果	☐ 当日持ち帰り ・ ☐ 郵送		