

診療情報提供書 兼 MRI 依頼書

西暦 年 月 日

朝来ふじい整形外科クリニック  
担当医 御侍史

医療機関名  
所在地  
医師名  
電話 ( ) -  
FAX ( ) -

ふりがな		生年月日	
氏名		大 昭 平 令 年 月 日 ( 歳)	
住所	〒	連絡先	電話： - -
			携帯： - -

<当院の受診歴> 無 ・ 有 (診察券番号 \_\_\_\_\_)

紹介目的	MRI 検査
診断名	
現病歴	
MRI 撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 内耳道 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頭部 MRA <input type="checkbox"/> 頸部 MRA <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> (右・左) 肩関節 <input type="checkbox"/> (右・左) 肘関節 <input type="checkbox"/> (右・左) 手関節 <input type="checkbox"/> (右・左) 手部 <input type="checkbox"/> 両股関節 <input type="checkbox"/> (右・左) 膝関節 <input type="checkbox"/> (右・左) 足関節 <input type="checkbox"/> (右・左) 足部 <input type="checkbox"/> その他 ( )
注) 造影検査は行っていません。	

第1希望日 月 日 AM・PM : 第2希望日 月 日 AM・PM : <input type="checkbox"/> いつでも可 <input type="checkbox"/> 緊急	<当院記入欄>		
	決定日 月 日 時 分 (検査開始時間)		
	CD-R お渡し	読影 FAX	読影郵送
	日付	日付	日付

朝来ふじい整形外科クリニック 電話：079-676-5102 FAX:079-676-5103

受付時間：平日 8時30分～12時、14時30分～18時