

# 診療情報提供書（MRI検査依頼書）



上石神井もりもと脳神経外科  
Kami-Shakujii Morimoto Neurosurgical Clinic

〒177-0044 東京都練馬区上石神井2-23-20 上石神井フラワーメディカルモール1F・2F  
検査依頼窓口 TEL：03-5903-8217 FAX：03-5903-8321

検査日	月 日 ( )	予約時間	時 分
-----	---------	------	-----

※予約時間の30分前までにご来院ください

診療種別	<input type="checkbox"/> 保険診療	<input type="checkbox"/> 自賠責	<input type="checkbox"/> 労災	<input type="checkbox"/> その他 ( )
------	-------------------------------	------------------------------	-----------------------------	----------------------------------

フリガナ	紹介元医療機関情報		
氏名	男・女	住所 〒	—
生年月日	年 月 日		
電話番号	—		—
住所	〒	—	電話番号 — — ご担当医師名

## 撮像情報

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部（MRA含む）	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸動脈	<input type="checkbox"/> 甲状腺
	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部（肝・胆・膵・腎）	<input type="checkbox"/> 骨盤（膀胱・前立腺・子宮）		
	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 脊椎（頸椎・胸椎・腰椎・仙尾骨）		
	<input type="checkbox"/> 四肢・関節（	左・右）			
	<input type="checkbox"/> 下肢動脈				
	<input type="checkbox"/> その他（	）			

※造影検査は行っておりません。

病名・検査目的・撮像シーケンスのご要望など

--	--	--	--

患者様情報	移動手段	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	体内人工物	心臓ペースメーカー・脳動脈クリップ・ステント 人工内耳・その他 ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	その他装着品など	義歯・インプラント・刺青・カラーコンタクト その他 ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	妊娠	( ) 週目 ・ 可能性がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	手術歴		

※手術時期・部位・術式などをご記載ください