

診療情報提供書（MRI検査）兼 FAX依頼書

お電話での検査予約完了後、こちらの用紙を073-432-6054までFAX送信ください。

20231101

また、検査当日、診療情報提供書（MRI検査）兼FAX依頼書の原本と健康保険証等を受付まで提出お願いします。

フリガナ	紹介元医	
患者氏名 男・女	療機関名	
生年月日 年 月 日（ 歳）	住 所	
住 所 〒 -	担当医	印
TEL	TEL	
携帯	FAX	
【傷病名】		
【検査目的】		
【既往歴】		
【症状の経過】		
【現在の処方】		
予 約 日	月 日（ ） 時 分	
検 査 部 位	頭部	<input type="checkbox"/> 頭部ルーチン（AXI：T 1、T 2、FLAIR、Diffusion、頭部MRA） 追加（ <input type="checkbox"/> 頸部MRA）
	脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 全脊椎
	骨盤部	<input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 両股関節
	上肢	<input type="checkbox"/> ひだり肩関節 <input type="checkbox"/> みぎ肩関節 <input type="checkbox"/> ひだり肘関節 <input type="checkbox"/> みぎ肘関節 <input type="checkbox"/> ひだり手関節 <input type="checkbox"/> みぎ手関節
	下肢	<input type="checkbox"/> ひだり大腿 <input type="checkbox"/> みぎ大腿 <input type="checkbox"/> ひだり膝関節 <input type="checkbox"/> みぎ膝関節 <input type="checkbox"/> ひだり下腿 <input type="checkbox"/> みぎ下腿 <input type="checkbox"/> ひだり足関節 <input type="checkbox"/> みぎ足関節
	軟部 <small>（乳房除く）</small>	<input type="checkbox"/> 軟部腫瘍 （部位： ）
チェックリスト（該当事項は撮影不可） <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカーの埋め込み <input type="checkbox"/> 圧可変式バルブシャント（水頭症の手術） <input type="checkbox"/> 体内除細動器、神経刺激装置、人工内耳等の精密機器の埋め込み ※当院で実施不可と判断した場合は、検査できないことがあります。		

送信先：角谷整形外科病院

FAX：073（432）6054

< 予約受付時間 > 平日 9：00～17：00