

MRI検査依頼書(診療情報提供書)

MRI

西暦 年 月 日

紹介元医療機関名:

所在地:

医師名:

TEL:

FAX:

フリガナ 患者氏名:		男・女	体重 kg	撮影技師
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (才)				
希望検査日:		年 月 日 (曜日)	午前・午後	時 分
予約検査日:		年 月 日 (曜日)	午前・午後	時 分
検査方法 単純				
MRI 検査部位	頭部	脳・眼窩・下垂体・内耳・副鼻腔・血管・VSRAD		
	頸部	甲状腺・咽頭・喉頭		
	腹部	肝・脾・膵・腎・副腎・MRCP・血管		
	骨盤	膀胱・前立腺・子宮・卵巣		
	脊髄	頸椎(C)・胸椎(Th)・腰椎(L)・仙椎		
	上肢(右・左)	肩・上腕・肘・前腕・手・血管		
	下肢(右・左)	股関節・大腿・膝・下腿・足・血管		
① 検査目的				
② 直近の検査データー(コピーでも可)				
③:その他希望事項				
検査依頼について この検査依頼書をFAXしてください。(電話での検査予約も可能です) (平日9~17時で患者様から直接、佐藤病院に電話をしていただいても、対応いたします。) 検査日時は、佐藤病院MRI室から患者様に、お電話にて連絡のうえ決定させていただきます。 検査結果は検査後三日程度で郵送いたします。 患者様の連絡先および、電話対応が可能な時間をご記入ください。				
患者連絡先 (佐藤病院から電話を入れますので、対応可能な時間帯をお知らせ下さい。)				
自宅				
携帯				
対応可能な時間帯(平日) 9~11時・11~13時・13~15時・15~17時・17~18時				
" (土) 9~11時・11~12時				
読影結果報告		要・不要		