

診療情報提供書 (MRI・CT 検査依頼票)

島脳神経外科整形外科医院用 (検査依頼票) 平成 年 月 日

I D
氏 名
生年月日

ご紹介元医療機関名の所在地及び名称

電話番号 - -

診療科名

ご担当医師名

紹介先医療機関名



島脳神経外科整形外科医院
地域医療連携 画像診断センター
〒211-0036
神奈川県川崎市中原区井田杉山町29-10
TEL 044-777-5556 (代表)

診療時間	月	火	水	木	金	土	日・祝
9:00~12:30	○	○	○	○	○	○	/
14:00~18:30	○	○	○	○	○	△	/

※ 土曜日の午後は17:00までとなります。

担当医 科 先生

予約日時 月 日 AM・PM 時 分より

予約お問い合わせ電話番号 TEL 044-752-6666

検査区分 MRI CT

造影検査 有 無

依頼内容 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 肋骨 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 子宮卵巣 <input type="checkbox"/> 肩関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 肘関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 手関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 手部 (右・左) <input type="checkbox"/> 股関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 膝関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 足関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 足部 (右・左) <input type="checkbox"/> その他 ()	傷病名・紹介目的 既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療結果 現在の処方・備考
--	--

■ 下記項目をチェックしてください。

MRI	●心臓ペースメーカー・脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	●体内金属	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (具体的:)
	●妊娠または妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	●閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	●刺青・タトゥー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	●手術既往	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (手術名:)
CT	●妊娠または妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	●薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()
	●ぜん息・腎機能障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

CD-R 要 不要

フィルム 要 不要

読影 要 不要