

診療情報提供書 (MRI検査依頼書)

他の医療機関用 → 弘済院附属病院 行

フリガナ		男・女	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分 予約済
氏名	様		
生年月日	T・S・H 年 月	医療機関名 所在地 TEL/FAX	
連絡先	TEL () - 携帯 - - ※ 機械の故障時、緊急の場合にご連絡することがございます。出来れば携帯番号もご記入下さい。	紹介医師名 _____ 科	

当院の受診歴の有無	有	科	無	保険証番号左3桁
-----------	---	---	---	----------

●下記の内容にて、MRI検査を依頼いたします。

(疑い) 病 名	
主訴 臨床経過 検査目的 等	

特にコメントがある場合は()内にお問い合わせ致します。

撮影部位	・頭部 ()
※体内の金属 ・なし ・あり	◆ ありの場合は、具体的に入っているものと検査許可のコメントを記入
※ その他の 確認事項	閉所恐怖症 なし・あり 妊娠中 なし・あり 刺青やアートメイク なし・あり コメント ()

※ の問診項目は、安全に検査をうけていただくため、必ずご記入下さい。
内容により検査が受けられない場合があります。ご不明な場合はまず下記電話番号にてご確認下さい。

検査内容につきましては 放射線科 TEL:06-6871-2295
その他のお問い合わせは 患者支援部 TEL:06-6871-8013 FAX:06-4863-5351