

MRI検査紹介状（診療情報提供書）

社会医療法人 ONE FLAG 守口グローバル整形外科

尾崎猛智

TEL 06-6997-9860 FAX 06-9997-9861

ご紹介元医療機関名	
医師名	
TEL・FAX	

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名		年齢	
予約日	年 月 日	AM・PM	時 分

カルテ作成等あります。上記時間の30分前にご来院お願いします。
連絡なく遅れられると検査できない場合がございます。

検査部位	頭部 <input type="checkbox"/> 脳 + MRA <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> その他 ()
	脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨 <input type="checkbox"/> その他 ()
	腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他 ()
	関節・四肢 左・右 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 四肢 ()
	その他部位 <input type="checkbox"/> ()
傷病名 検査目的	

所見の報告	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> FAXのみ <input type="checkbox"/> 郵送のみ <input type="checkbox"/> FAXと郵送
-------	--

※所見の報告に記載なき場合はFAXのみいたします。

※当院では造影検査はおこなっておりません。

※画像はCD/DVD-Rにて患者様にお渡しいたします。