

# 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 06-6997-9861

|           |  |
|-----------|--|
| 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        | <b>頭部</b><br><input type="checkbox"/> 脳 + MRA <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> その他 ( )  |
|             | <b>脊椎</b><br><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 ( )   |
|             | <b>腹部</b><br><input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |
|             | <b>関節・四肢 左・右</b><br><input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足<br><input type="checkbox"/> 四肢 ( ) |
|             | <b>その他部位</b><br><input type="checkbox"/> ( )   |
| 傷病名<br>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。