

MRI

MRI検査依頼書(診療情報提供書)

平成 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・造影	造影剤 : オムニスキャン・プロハンス・ フィルムD半切 枚						
MRI 検査部位	頭部	脳・眼窩・下垂体・内耳・副鼻腔・血管						
	頸部	甲状腺・咽頭・喉頭・食道・血管						
	胸部	縦隔・心臓・肺・乳房・食道・血管						
	腹部	肝・脾・膵・腎・副腎・MRCP						
	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 臨床診断・病状・経過								
② 検査目的								
③ 直近の検査データ(コピーでも可)								
④ その他希望事項								
<p>検査依頼について</p> <p>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)</p> <p>(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。)</p> <p>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。</p> <p>検査結果は検査後三日程度で郵送いたします。</p> <p>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。</p>								
<table border="1"> <tr> <td>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。)</td> </tr> <tr> <td>自宅</td> </tr> <tr> <td>携帯</td> </tr> <tr> <td>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</td> </tr> <tr> <td>〃 (土) 9~11時・11~13時</td> </tr> </table>				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・11~13時
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・11~13時								
読影結果報告	要・不要	撮影結果	フィルム・CD					

医療法人 佐藤病院

TEL (045) 731-1515 FAX (045) 731-7711