

紹介患者 診療情報提供書（MRI 検査依頼申込書） 年 月 日

申込書は、堀田内科医院へ FAX 送信をお願いします。

原本は、後日堀田内科医院へお届けください。（患者様持参または郵送）

記入後のコピーを、自院で控えとして保存してください。

太枠内の記載をお願いします。

フリガナ	_____	医院住所	_____
患者名	_____ 男・女	医院名	_____
		医師名	_____ 印
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	_____
住所	静岡市 _____ 区 _____	TEL (_____) - _____	
臨床診断・経過：			
検査目的：			
撮影予約日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____)	時 _____ 分	
結果画像お渡し方法	フィルムコピー ・ CD ・ DVD		
安全点検項目	1.特に問題なし 2.心臓ペースメーカー 3.外科用クリップ 4.人工関節 5.妊娠 6.人工内耳 7.義眼・義歯 8.人工弁 9.ステント挿入後8週間以内 10.閉所恐怖 11.体内金属（脳動脈クリップ、金属プレート、避妊リング、インプラント）12.入れ墨・アートメイク 13.手術歴（ _____ ）		
検査部位			
頭部 (_____)	頭頸部 (_____)		
脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎)	頸部 (_____)		
胸部 (_____)	心臓 (_____)		
冠動脈 (_____)	腹部 (_____)		
MRCP (_____)	大動脈 (_____)		
血管系 (部位：上肢・下肢 動脈・静脈)	四肢 (_____)		
関節 (部位：肩・肘・膝・その他 _____ 右・左)	骨盤腔		
子宮・卵巣 (_____)	腎・膀胱 (_____)	膀胱・前立腺 (_____)	

当院記入欄 T1 T2 FLAIR DWI T2star Boldveno MRA
Myelo Whole Heart

堀田内科医院 静岡市駿河区宮竹 1-4-7 TEL 054-237-6767 FAX 054-237-9877