

## 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