

紹介状・診療情報提供書(MRI検査依頼書)

御依頼医療機関名		検査日時	
紹介医師名：		第1希望日	
TEL		第2希望日	
FAX		第3希望日	
		時間帯	☐ 午前 ☐ 午後 ☐ 終日

患者様情報		特に希望がないようでしたら空欄でお願いします。	
フリガナ		性 別	生年月日
氏 名		☐ 男 ☐ 女	T・S・H 年 月 日
病 名			
☐ 頭部 (MRA含む) ☐ 頸部 ☐ 腹部 ☐ M R C P 禁飲食4時間 ☐ 子宮・卵巣 ☐ 膀胱 ☐ 前立腺 ☐ 全脊椎 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ () 関節 ☐ () 関節 ☐ 手指 ☐ 足趾			

検査目的・既往歴・治療の経過・その他	
読 影	☐ 要 ☐ 不要 読影結果は後日FAXにてお送りします

下記の事項に記入をお願いいたします			
①手術歴	☐ 有 ☐ 無	() 年前	部位()
②体内金属	☐ 有 ☐ 無	部位()	
③ペースメーカー	☐ 有 ☐ 無	⑨外科用ステント	☐ 有 ☐ 無
④人工心臓弁	☐ 有 ☐ 無	⑩クリップ	☐ 有 ☐ 無
⑤人工骨頭	☐ 有 ☐ 無	⑪補聴器	☐ 有 ☐ 無
⑥人工関節	☐ 有 ☐ 無	⑫刺青・アートメイク	☐ 有 ☐ 無
⑦人工内耳	☐ 有 ☐ 無	⑬妊娠中又は可能性	☐ 有 ☐ 無
⑧閉所恐怖症	☐ 有 ☐ 無	⑭体重 () kg	

被保険者氏名		☐ 本人 ☐ 家族	保険者番号	
記号・番号			負担割合	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割
公費負担者番号		公費負担者番号		入院中 ☐ DPC
受給者番号		受給者番号		外来通院中
保険適応外	☐ 妊娠 ☐ 交通事故	☐ 労災 ☐ 生活保護	☐ その他 ()	