

MR I 検査依頼書 (診療情報提供書)

青木医院 青木院長 宛て

申込み日 令和 年 月 日
電話番号 075-313-7038
FAX番号 075-313-7083

Table with 2 columns: 紹介元医療機関名, 医師名/電話番号

患者さま情報

Table with 2 columns: フリガナ, 氏名, 電話番号 (携帯), 生年月日, 体重

検査部位 (□にチェック✓してください)

Table listing various MRI scan options such as 造影あり, 頭部MRI, 頸椎, etc.

検査目的・内容 (1検査1部位とさせていただきます)

Table for 診察, 所見, 画像 (CD) with checkboxes for 有 and 無

患者さまの状態を確認してください (□にチェック✓してください)

Table with checkboxes for 禁忌医療器具なし, 体内金属, etc.

造影検査の場合は確認してください (□にチェック✓してください)

Table with checkboxes for 造影剤アレルギーなし, 喘息なし, etc.

こちらはご記入なされずをお願いいたします

検査日 令和 年 月 日 午前・午後 時 分