診療情報提供書　（MRI 検査依頼書）

たや脳神経外科クリニック

電話予約お願いします
TEL　048-764-8526

記入年月日　　年　　月　　日

紹介元医療機関

医師名
TEL：
FAX:

検査日　　年　　月　　日　　曜日　午前・午後　　時　　分

患者氏名	ふりがな 男　・　女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年　月　日　生（　歳）

検査部位	□頭部 MRI　□頭部 MRA　□頸部 MRI　□眼窩　□副鼻腔 □頸椎　□胸椎　□腰椎　□仙骨・尾骨部　□右・左 肩関節　□右・左 肘関節 □右・左 手関節　□右・左 膝関節□右・左 足関節　□右・左 股関節 □四股・その他（　　）　□筋肉・軟部組織（　　） □骨盤腔(子宮・卵巣・膀胱)　□前立腺　□肝・胆・膵・腎臓　□MRCP □その他（　　）
造影検査	□必要　□不要　（必要な場合、３ヶ月以内のクレアチニン値をご提供下さい）
読影依頼	□必要　□不要
問診	ペースメーカー　□なし　□あり 体内金属　□なし　□あり（　　） 妊娠　□なし　□あり 閉所恐怖症　□なし　□あり 刺青　□なし　□あり 手術既住　□なし　□あり（手術名：　　）
検査目的	
臨床診断名	
検査データ （既住歴と経過）	

たや脳神経外科クリニック
〒336-0917 さいたま市緑区芝原 2-2-6
診療時間 9:00~13:00 15:00~18:00
受付時間 8:45~13:00 14:45~18:00
休診日 水曜午後･土曜午後･日祝日