

しもおか脳神経外科 MRI 検査依頼書（診療情報提供書）

FAX：072-288-6731（お急ぎの場合は TEL：072-288-6730 にご連絡ください）

ご依頼日：_____年____月____日

【ご紹介元医療機関情報】

- 医療機関名：_____
- 担当医師名：_____
- TEL：_____ FAX：_____

【患者情報】

- 患者氏名：_____（男・女）
-
- 生年月日：_____年____月____日生（ 歳）
- ご住所：_____
- ご連絡先（電話番号）：_____

【検査希望日時】

- 希望日：_____年____月____日（当日希望の場合はお電話ください）
- 希望来院時間帯：☐ 9:00～12:00 ☐ 14:00～17:00 ☐ いつでも可

※検査状況により待ち時間が生じる可能性がございます旨、あらかじめお伝えください。

【傷病名・紹介目的】（ ）

【既往歴・現病歴・臨床経過】

【検査部位】

- ☐ 頸椎 ☐ 腰椎 ☐ 股関節 ☐ 肩関節（☐ 右 ☐ 左）☐ 膝関節（☐ 右 ☐ 左）
☐ 頭部（撮影条件は当院で決定）

【ご希望の対応区分】

- ☐ 画像検査のみ
- ☐ 当院での診察 + 画像検査 + 診断・結果説明(頭部 MRI のみ)

【ご案内】

- 検査当日は画像 CD-ROM をご本人様にお渡しいたします。
- 頭部 MRI の診察結果は情報提供書を返送いたします。