

送信先 FAX 0574-63-2522

MRI

紹介・共同利用
診療情報提供書

申込日 令和 年 月 日

医療機関名
医師氏名
住所
電話番号
FAX番号

患者氏名（フリガナ） （ ）		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日生		
患者住所		TEL			
検査予定日	令和 年 月 日（ ） 時 分				
読影依頼	有 ・ 無				
撮影部位	頭部 ・ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 腹部 ・ 骨盤 ・ その他（ ）				
撮影指示	<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影				
撮影方向	<input type="checkbox"/> ルーチン				
	Axial	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> 脂肪抑制 <input type="checkbox"/> FLAIR <input type="checkbox"/> DWI	Sagittal	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> 脂肪抑制 <input type="checkbox"/> FLAIR <input type="checkbox"/> DWI	Coronal <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> 脂肪抑制 <input type="checkbox"/> FLAIR <input type="checkbox"/> DWI
<input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> その他（ ）					
臨床診断及び 撮影指示					
事前確認項目	ペースメーカー・ICD等の体内植込み型デバイス（有・無）（ ） 持続血糖測定器等の体外貼付型デバイス（有・無）（ ） 体内金属（有・無）（ ） 入れ墨・タトゥー（有・無）※火傷・ただれの可能性あり。				

当院記載欄	技師サイン
件	枚

〒 509-0214 岐阜県可児市広見1520 番地
特定医療法人 慶桜会 東可児病院
TEL 0574-63-1200 FAX 0574-63-2522