

診断情報提供書

医療機関 大島医院 〒990-2321 山形市桜田西4-1-14
TEL 023-641-6419 FAX 023-641-6427

(MRI検査予約直通023-641-5211)

大島扶美 殿
MRI担当医 殿

年 月 日

医療機関名	科名	主治医名	⑩ 連絡先
来院予約日時	年 月 日	曜日	午前 午後 時 分
患者	フリガナ		
	氏名	職業	住所
患者	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)	男・女 電話番号
紹介目的	MRI検査依頼		
	部位 脳・顎・頸部・胸部 ()・腹(肝・胆・膵・腎)・骨盤・股関節 脊椎脊髄(頸・胸・腰)・膝(左・右) ACL(有・無)・肩(左・右)		
	アンギオ ()・その他 ()		
	撮影方法と断面の希望 大島医院判断 その他 ()		
造影検査	有・無・一任 (有の場合、3か月以内のクレアチニン値をご提供下さい)		_____mg/dl
臨床診断名			
既往歴及び家族歴			
症状経過 及び 検査目的 治療経過 など			
患者に関する留意事項	薬剤などアレルギー歴 無・有 () 検査部位の手術歴 無・有 (手術名) 当院での検査歴 無・有 体内常磁性金属 無・有 (具体名) 心ペースメーカー不在確認 済・不明, 脳内クリップ不在確認 済・不明		
検査所見	HBsAg - + 不明 HCV - + 不明	ワ氏 - + 不明 その他 ()	
現在の処方			
備考	読影レポート 要	フィルム 要・不要	CD-R 要・不要

※参考となる X線画像及び他の画像診断データ等に関する資料をできるだけ添付してください。