

MRI検査申込書・診療情報提供書

受診 希望日	月 日 ()	〒141-0001 東京都品川区北品川5-4-12 大崎病院 東京ハートセンター TEL: 03-5789-8108 (連携室直通) FAX: 03-5789-8109 (連携室直通)	
	時 分		
フリガナ		生年月日	年 月 日 歳
患者氏名		大・昭 平・令	
性別	男 ・ 女	電話	

ご依頼のMRI検査にチェックをお願いします

頭部領域	☐ 頭部 ☐ 頭部+頭部MRA ☐ 頭部+頭部MRA+VSRAD ☐ 下垂体 ☐ 小脳橋角 ☐ 視神経・眼窩 ☐ 聴器 ☐ 副鼻腔
頸部領域	☐ 頸部 ☐ 頸部+頸部MRA ☐ 甲状腺 ☐ 耳下腺 ☐ 顎関節
胸部領域	☐ 心臓シネ ☐ dark-blood法のT2強調画像 (STIR併用)
腹部領域	☐ 上腹部 ☐ MRCP ☐ 腎臓・副腎
骨盤領域	☐ 骨盤 ☐ 股関節 ☐ 子宮 ☐ 卵巣 ☐ 膀胱 ☐ 前立腺
脊椎領域	☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 胸腰椎移行部 ☐ 腰椎 ☐ 仙尾椎
上肢領域	☐ 肩関節 (右・左) ☐ 上腕 (右・左) ☐ 肘関節 (右・左) ☐ 前腕 (右・左) ☐ 手関節 (右・左) ☐ 手部 (右・左)
下肢領域	☐ 大腿 (右・左) ☐ 膝関節 (右・左) ☐ 下腿 (右・左) ☐ 足関節 (右・左) ☐ 足部 (右・左)
血管領域	☐ 頭部MRA ☐ 頸部MRA ☐ 胸部大動脈MRA ☐ 腹部大動脈MRA ☐ 上肢動脈MRA ☐ 下肢動脈MRA
全身	☐ DWIBS (全身Diffusion)

安全にMR | 検査を行うために、同意書、問診表に記入をお願いします

- MRI検査の説明及び同意書が必要です。
- MRI検査の問診表が必要です。

検査結果

- CD-ROM ☐ 要 (☐ 持ち帰り ☐ 郵送) ☐ 不要
 - 読影レポート ☐ 要 ☐ 不要
- ※後日、FAX・郵送させていただきます。

診断名・検査目的

既往歴等

紹介元医療機関名

依頼医師名

所在地

〒

連絡先

TEL :

FAX :