

# 紹介状(診療情報提供書)

MRI検査用

岡山中央病院  
放射線担当医先生侍史

年 月 日

医療機関

所在地・名称

医師氏名

印

電話番号

患者氏名	男	大・昭・平・令
	女	年 月 日生( 歳)

紹介目的	MRI ( 単純 ・ 造影 ) 検査	単純・造影のチェックを してください
------	--------------------	-----------------------

検査日時	年 月 日 AM/PM 時 分
------	-----------------

## 検査部位

頭 頸 部	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部+MRA <input type="checkbox"/> 頭部+頭頸部MRA <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> その他( )	軀 幹 部 / 椎 体	<input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆・膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 骨盤部( ) <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 陰のう <input type="checkbox"/> 婦人科骨盤 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨 <input type="checkbox"/> その他( )	四 肢	<input type="checkbox"/> ( R ・ L ) 肩関節 <input type="checkbox"/> ( R ・ L ) 肘関節 <input type="checkbox"/> ( R ・ L ) 手関節 <input type="checkbox"/> ( R ・ L ) 手指 <input type="checkbox"/> その他上肢( ) <input type="checkbox"/> ( R ・ L ) 膝関節 <input type="checkbox"/> ( R ・ L ) 足関節 <input type="checkbox"/> ( R ・ L ) 足趾 <input type="checkbox"/> その他下肢( )
-------------	---	----------------------------	---	--------	--

主訴及び傷病名

既往歴及び家族歴  
 症状・治療経過  
 検査結果(CRE値)等

心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
体内金属	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	手術歴	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

現在の処方

備考	① Film or CD-R
	② 当日受診 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>
	③ 所見 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>