診療情報提供書（MRI 検査依頼書）

記入年月日　　年　　月　　日

湘南台 SHONANDAI Neurosurgery Clinic
脳神経外科クリニック
〒 252-0804 神奈川県藤沢市湘南台2-7-15
東急ドエルアルス湘南台1F

電話予約お願いします
TEL.0466-41-5489

紹介元医療機関

医師名

TEL.
FAX.

検査日	年　月　日　曜日　午前・午後　時　分

患者氏名	ふりがな 男 ・ 女	生年月日	年　月　日　生（　歳）

検査部位	□頭部 MRI　□頭部 MRA　□頸部 MRA　□眼窩　□副鼻腔 □頸椎　□胸椎　□腰椎　□仙骨・尾骨部　□右・左 肩関節 □　右・左 肘関節 □右・左 手関節　□右・左 膝関節　□右・左 足関節 □　右・左 股関節 □四肢・その他（　）　□ 筋肉・軟部組織（　） □骨盤腔（子宮・卵巣・膀胱）　□ 前立腺　□ 肝・胆・膵・腎臓　□MRCP □その他（　）
造影検査	□必要　□　不要　（必要な場合、3 か月以内のクレアチニン値をご提供下さい）
読影依頼	□必要　□　不要
問診	ペースメーカー　□なし　□あり ➡ 検査できません 人工内耳　□なし　□あり ➡ 検査できません 体内金属　□なし　□あり（　） 妊娠　□なし　□あり 閉所恐怖症　□なし　□あり 刺青　□なし　□あり 手術既往　□なし　□あり（手術名：　）
検査目的	
臨床診断名	
検査データ（既往歴と経過）	

湘南台 SHONANDAI Neurosurgery Clinic
脳神経外科クリニック