

患者 ID
※当院記入欄

				—				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

MRI 検査(単純)申込書 兼 診療情報提供書

年 月 日

天理よろづ相談所病院 放射線科 担当医 先生

紹介元医療機関名

医療機関名				医師名			
電話番号				FAX 番号 (予約票送付用)			
検査希望日	第1希望	年	月	日 ()	時	分	
	第2希望	年	月	日 ()	時	分	
	第3希望	年	月	日 ()	時	分	

※検査予約可能日時: 月・火・水・金曜日 16:20 16:40 木曜日 17:00 (祝日・12/29～1/3 日を除く)

患者情報

フリガナ				性別	旧姓	
患者氏名				男 女		
生年月日	大 昭 平 令 西暦 年 月 日 (歳)					
住 所	〒 -					
自宅番号				携帯電話		
傷病名						
検査目的						
検査部位	※1 日 1 回 1 部位のみ(左右のある部位は、片側で 1 部位) ☐ 頭部 ☐ 頸椎 ☐ 腰椎 ☐ MRCP ☐ 上腹部(検査部位詳細に具体的に記載 例: 腎臓) ☐ 骨盤部(検査部位詳細に具体的に記載 例: 子宮) ☐ 関節 (検査部位詳細に具体的に記載 例: 右手関節) ☐ その他(検査部位詳細に具体的に記載 例: 胸椎)					
検査部位詳細						
臨床経過						

※本書と問診票は、患者総合支援センター地域医療連携まで FAX でお送りください。
※本書と問診票の原本は患者さんにお渡しのうえ、検査当日にご持参いただくようご案内ください。