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		診療科 医師名	
住所	TEL:　　FAX(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

ﾌﾘｶﾞﾅ		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。

天理よろづ相談所病院　患者総合支援センター　地域医療連携
電話:0743-63-5611(代表)　FAX:0743-63-6158(直通・24 時間受信可能)