

MRI

診療情報提供書（患者紹介状）

古河赤十字病院 外来担当医殿

受診予定日

年 月 日
午前・午後 時 分〒306-0014 茨城県古河市下山町1150
TEL 0280-23-7111（代表）
FAX 0280-23-7120

ご紹介元

施設名・診療科名

医師名

住所

TEL・FAX

ご紹介患者

フリガナ	男・女	T・S	年	月	日生
患者氏名		H・R		()	歳
住所	TEL				

主訴・傷病名

目的部位 頭（全脳・下垂体・内耳道・眼窩・副鼻腔） 頸部 胸部 腹部（上腹部・骨盤部）
脊椎, 脊髄（頸・胸・腰） 四肢（肩・股・膝） その他（ ）

撮影方法

 単純のみ 単純 + 造影

症状経過・治療経過・検査結果・現在の処方など（できる限り具体的にご記載願います）

検査日 年 月 日

造影検査の場合は必ずご記入下さい。クレアチニン値〔 〕（3ヶ月以内の検査結果有効）

体内金属（有 無）有 の場合具体的に（ ） 喘息の既往（有 無）

お願い・体内金属有の場合やアートメイクのある方については検査ができない場合もございます。

・ヒートテック等(吸着発熱素材)の着用は火傷の危険がある為、着用をお控え下さい。