診療情報提供書（紹介状）

MRI検査（単純）用

患者氏名　　依頼元施設名

生年月日　　性別　　ご依頼医師名

年　　月　　日生　　男 ・ 女

依頼元電話番号

患者電話番号　　診療時間外緊急連絡先

検査予約日時　　月　　日　　時　　分
検査目的
検査部位 □頭部（MRAなし・あり）　□頸部　□上腹部　□骨盤部（婦人科　泌尿器） □頸椎　□胸椎　□腰椎　□股関節 □上肢（右　左）（肩　上腕　肘関節　前腕　手関節　手指） □下肢（右　左）（大腿骨　膝関節　下腿　足関節　足趾） □その他部位（　　）
患者様の注意事項 □心臓のペースメーカー、植え込み型除細動器　□タトゥー、アートメーク □脳動脈瘤クリップ　□妊娠 □深部刺激装置　□閉所恐怖症 □その他体内金属 □上記いずれも該当なし □自賠責、労災等の保険請求外の方

※当院におきましてはペースメーカーの患者様は、機種に関わらずMRIをお受けいただけません。

予約確認	クリニック確認

くろかわ内科・健診クリニック
予約電話番号：052-908-2141
FAX番号：052-908-8133