

FAX 送信先 045-350-5738

お問い合わせ番号 045-350-3237

申し込み日 年 月 日

診療情報提供書 (MRI検査依頼書)

医療法人智里会
洋光台中央整形外科クリニック
院長 天門 永春 行
〒235-0045
横浜市磯子区洋光台 3-1-37

紹介元医療機関
所在地
名称
電話番号
医師氏名

検査日 年 月 日 (曜日) 時 分

患者情報		患者 ID	
フリガナ		生年月日	明治・大正 年 月 日 昭和・平成
氏名	男・女	電話	(自宅・携帯)
検査部位(整形外科領域)		CD-R 持参	無・有
		臨床診断・依頼情報・既往歴等	
<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙尾椎)			
<input type="checkbox"/> 関節 右・左 (関節)			
<input type="checkbox"/> 上肢 右・左 ()			
<input type="checkbox"/> 下肢 右・左 ()			
<input type="checkbox"/> 頭部 () <input type="checkbox"/> 頸部 ()			
<input type="checkbox"/> 胸部 () <input type="checkbox"/> 腹部 ()			
<input type="checkbox"/> 骨盤部 ()			
その他の部位		連絡事項	
		※ 当院では造影検査を行っておりません、ご了承ください	
		※ 読影レポート返送方法は郵送になります	

D-NET 依頼	(普通・至急)	CD-R 返送方法	(本人渡し・郵送)
----------	---------	-----------	-----------