

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関名
医療法人社団 昭正会
新柴又駅前クリニック
葛原 正昭

ご紹介医療機関名

ご住所 〒

新柴又駅前クリニック受診歴(有・無)

TEL

FAX

医師名

印

患者氏名	フリガナ	男・女	生年月日		
			大昭平令	年 月 日	(歳)
	〒	都 道 府	区 市 郡	TEL ()	
予 約 日	年 月 日 () AM・PM 時 分				

傷 病 名			
紹 介 目 的	MRI ・ CT ・ 一般撮影 ・ その他() 当院では造影検査は行っておりません		
検査の希望部位： ○で囲んでください			
(1) 頭部 (脳・眼窩・副鼻腔)	(6) 胸部 (肺 ・ 縦隔 ・ 心大血管)		
(2) 頸部 (頸動脈・顎関節・甲状腺)	(7) 腹部 (肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・腹部大動脈)		
(3) 頸椎(C 番中心)	(8) 骨盤 (膀胱 ・ 前立腺 ・ 子宮 ・ 卵巣)		
(4) 胸椎(Th 番中心)	(9) 四肢 ()		
(5) 腰椎(L 番中心)	(10) その他()		

MR検査の場合、下記の身体内物質についてその有無をチェックしてください。

検査不能	心臓ペースメーカーをしている	有・無	イレスミやアート眉をしている	有・無
	脳動脈瘤クリップをしている	有・無	外科手術などで金属が体内にある	有・無
	人工中耳をしている	有・無	インプラントをしている	有・無
	妊娠をしている可能性がある	有・無	有にチェックされた場合、当院にご確認下さい。	

既往歴及び 治療経過 検査結果	(<input type="checkbox"/> 患者様に画像CDR持ち帰りを希望する)
現在の処方	
備考	
添付書類	(有・無) <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム・CD-R <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他