MRI 診療情報提供書

患者様情報	上尾ハートクリニック宛
貴院カルテ番号	紹介元医療機関
ふりがな 氏　　名	住所
生 年 月 日　　年　　月　　日	診療科
男　・　女	担当医師名
携帯電話番号	連絡先番号：　FAX：

検査禁忌事項

◎下記のような金属が体内にある場合検査が行えません。　☐なし　☐あり（検査不可）

ペースメーカー　植え込み型除細動器　脳背髄刺激電極　人工内耳・中耳　金属性義眼　乳腺術後パック　金糸

◎妊娠中・可能性あり　☐なし　☐あり（検査不可）

予約日時：２０　　年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分

頭頸部	胸部	腹部・骨盤	四肢
☐脳+MRA	☐縦隔	☐肝・胆	☐肩関節（　左　・　右　）
☐内耳・中耳	脊椎	☐膵+MRCP	☐肘関節（　左　・　右　）
☐下垂体	☐頚椎	☐腎・副腎	☐手関節（　左　・　右　）
☐眼科	☐胸椎	☐子宮・卵巣	☐膝関節（　左　・　右　）
☐副鼻腔	☐腰椎	☐前立腺	☐股関節（　左　・　右　）
☐頸部	☐仙尾椎	☐膀胱	☐足関節（　左　・　右　）

☐その他※（上記区分以外）

◎当院 MRI で対応できない部位もありますので、詳細はお電話にてご確認ください。

臨床診断（疑い病変含む）と目的

既往歴及び家族歴・症状の経過及び家族歴・検査結果

画像：☐ LOOKREC（web）　☐ CD-ROM

◎上尾ハートクリニック　FAX：048-871-5148　ＴＥＬ：048-871-7348