

# 紹介状(診療情報提供書)

検査申込書

特定医療法人 竜操整形

年 月 日

- 竜操整形外科病院
- りゅうそうクリニック

医療機関名  
所在地  
主治医名  
電話番号

先生侍史

フリガナ	男	M・T・S・H
患者氏名	女	年 月 日生 ( )歳

患者住所は診療録に記載につき省略

紹介 目的	MRI ・ CT	検査 日時	平成 年 月 日 時 分
----------	----------	----------	--------------

検査部位			
<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> ( R ・ L ) 肩関節	<input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 胸部 ( )	<input type="checkbox"/> ( R ・ L ) 肘関節	
<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> ( R ・ L ) 膝関節	
<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> ( R ・ L ) 足関節	
		<input type="checkbox"/> ( R ・ L ) 手関節	

どちらかにチェックしてください

フィルム

CD-R

## チェックリスト(必ず記入して下さい)

《有》の場合具体的に記入して下さい

- 1: MRI検査を受けたことが ..... 有 ・ 無
- 2: 妊娠又は可能性 ..... 有 ・ 無
- 3: 手術の既往 ..... 有 ・ 無

- 4: 閉所恐怖症 ..... 有 ・ 無
- 5: 体内埋め込み金属 ..... 有 ・ 無
- 6: 前処置 ..... 要 ・ 否

※ペースメーカー装着されている方は検査できません

主訴及び傷病名

既往歴及び家族歴

症状・治療経過

検査結果等

現在の処方

備考

特定医療法人  
竜操整形

竜操整形外科病院  
りゅうそうクリニック

電話(086)273-1233 FAX(086)273-4689  
電話(086)273-1122 FAX(086)271-6851