

紹介状(診療情報提供書)

検査申込書

医療法人 竜操整形

年 月 日

竜操整形外科病院

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	R
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	令和	年	月	日	時	分
検査部位										
<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(R ・ L)	肘関節	<input type="checkbox"/>)		
<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(R ・ L)	膝関節	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(R ・ L)	足関節	<input type="checkbox"/>			
					(R ・ L)	手関節	<input type="checkbox"/>			

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	4: 閉所恐怖症	有・無)		
2: 妊娠又は可能性	有・無	5: 体内埋め込み金属	有・無			
3: 手術の既往	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