

診療情報提供書 (MRI、CT 検査用)

いぬいクリニック
 外来担当医 宛

ご紹介元

患者様氏名 (歳)	性別 (男、女) 生年月日 大・昭・平 年 月 日
患者様住所、電話番号	
傷病名	
紹介目的 (MRI・CT) (検査部位:)	

患者様記入欄

<p>MRI 検査予約前の確認事項 (有、無いずれかに○をお付けください)</p> <p>心臓ペースメーカー、除細動器 有・無</p> <p>心臓人工金属弁 有・無</p> <p>人工内耳 有・無</p> <p>脳動脈瘤クリップ (年頃) 有・無</p> <p>血管内ステント (年頃) 有・無</p> <p>その他体内金属 (部位) 有・無</p> <p>妊娠 有・無</p> <p>刺青 有・無</p> <p>閉所恐怖症 有・無</p> <p>過去のMRI検査の既往 有・無</p> <p>体重 (kg)</p>	<p>MRI 造影検査の場合 できれば下記項目をご記入ください</p> <p>血清クレアチニン (mg/dl、 年 月 日 検査)</p> <p>気管支喘息 有・無</p> <p>アトピー性皮膚炎 有・無</p> <p>薬物、食物アレルギー 有・無</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>署名 _____</p> <p>代理人 _____ (続柄)</p>
--	---

いぬいクリニック
 大阪市平野区喜連東 3-5-60

TEL 06-6706-0551 FAX 06-6706-0771