診療情報提供書

©1989 泉仁会

13.07.1,000

撮像番号

紹介先医療機関名：仙台中江病院

紹介目的：MR検査

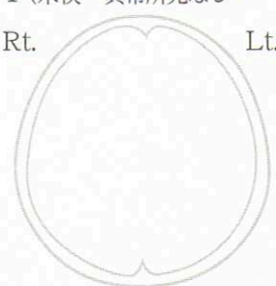
検査予定日　月　日(　)　午前・午後　時　分	氏名　様　男・女 大・昭・平　年　月　日生　歳
紹介元医療機関：　病院 神内・整外・耳鼻・内・　科 検査申込日　月　日　外来・入院　連絡先電話　先生	

患者さんの撮像部位に金属片の無いことを御確認の上、各項目につき御記入下さい。
火傷防止のためチタン以外の金属片のある方の検査は高磁場(3T)では不可能の場合があります。
2.3.4.の各項目に御指示のない場合はルチンの検査を行い必要に応じ造影を行いますが、
重度のアトピーや喘息発作の既往のある方では不可能です。

1. 撮影部位
   ＊脳(大・小・幹)　＊脊髄(頸・胸・腰)　＊その他(　・膝・肩)
2. 撮像方向
   ＊TRS(横断)　＊SAG(矢状断)　＊COR(冠状断)　＊斜　位(　)
3. 撮像方法
   ＊T_1・T_2強調画像　＊FLAIR・MRA(脳)　＊STIR(骨)　＊
4. 造影剤使用　＊不要　＊要(体重　kg 造影の場合に御記入下さい)
5. 主　訴：
6. 病　歴：
7. 手術既往：＊無　＊有(部位：
8. 臨床診断：
9. 予想病巣：

CT(未検・異常所見なし・　)

Rt.　Lt.



本申込票(診療情報提供書)は当方でコピーをとり撮像したフィルムとともにお返しいたします。

〒980-0001 仙台市青葉区中江1丁目10番18号
☎(022)263-3031　FAX(022)264-3590
☎(022)222-7666　MR予約直通