

(様式7号) 会員様へ：下記FAX番号までお申込み下さい。

申込日 平成 年 月 日

診療情報提供書兼MR I 検査予約申込依頼書

紹介元医療機関

医師名

フリガナ

患者氏名 (男・女) M・T・S・H 年 月 日生 (歳) 体重 kg

住所 (〒 -)

電話番号 () - 濟生会和歌山病院受診歴 (有・無)

1) 病名または疑い	2) 紹介目的
既往症	
家族歴	
特記事項	
【症状、治療経過と検査結果】	

【現在の処方など】	

【備考】	
検査報告書	有 無
X線写真添付	有 無

検査予約日時 年 月 日 () 曜日 午前 時 分
午後 時 分

*撮影部位該当欄にチェック (○) して下さい。なお、左右は□にチェック (✓) を入れてください。

検査部位		単純	造影	単+造	検査部位		単純	造影	単+造
脳	脳				大血管	骨盤下肢動脈			
頭頸部	副鼻腔					骨盤下肢静脈 (単純)			
	甲状腺・副甲状腺					胸部大動脈 (造影)			
	眼					腹部大動脈 (造影)			
	耳下腺					骨盤動脈 (造影)			
	咽頭喉頭				脊髄	□頸椎 □胸椎			
内耳				□腰椎 □腰仙椎					
胸部	胸部				検査部位				
骨格	□右肩部 □左肩部				脳	脳MRアンギオ+脳 (単純) MR			
	□右手関節部 □左手関節部					頭部+頸部MRアンギオ			
	□右肘 □左肘				頭頸部	頸部MRアンギオ			
	□右膝 □両膝 □左膝				腹部	肝・胆・膵 (単純) MR			
	□右足関節 □左足関節					肝・胆・膵 (造影-G d) MR			
腹部	腎臓					肝・胆・膵 (造影-F e) MR			
	骨盤腔	骨盤腔					肝・胆・膵 (単純+造影-G d) MR		
□前立腺 □子宮 □膀胱						肝・胆・膵 (単純+造影-F e) MR			
	両股関節				心臓				

【その他指示記入欄】