

## MRI共同利用依頼書(事前申込書)

(紹介先)

社会医療法人 栄光会 栄光病院  放射線室宛て  TEL 092-935-0147  FAX092-936-3370
--

(紹介元)

医療機関名  医師氏名  TEL  FAX
---

下記の患者様について、MRIの共同利用を申し込みます。なお、検査時に患者様にたいする緊急処置が必要な場合には、貴院の先生に一任致します。

フリガナ	性別	生年月日	読影
氏名	男・女	大正 昭和 平成 年 月 日	有・無
住所	電話番号		
検査日	平成 年 月 日 ( )	予約 時 分 来院 時 分	

<h1 style="margin: 0;">MRI検査報告書</h1> <p style="margin: 5px 0;">初回・前回有り</p>	申込医師名																												
患者名: _____ 年齢: _____ 才    体重: _____ kg 検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	検査目的・症状・経過等(検査データ)																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">頭部</td> <td style="width: 25%;">(単・造影)</td> <td style="width: 25%;">肩関節(左・右)</td> <td style="width: 25%;">(単・造影)</td> </tr> <tr> <td>頚椎</td> <td>(単・造影)</td> <td>膝関節(左・右)</td> <td>(単・造影)</td> </tr> <tr> <td>胸椎</td> <td>(単・造影)</td> <td>手関節(左・右)</td> <td>(単・造影)</td> </tr> <tr> <td>腰椎</td> <td>(単・造影)</td> <td>肘関節(左・右)</td> <td>(単・造影)</td> </tr> <tr> <td>腹部</td> <td>(単・造影)</td> <td>足関節(左・右)</td> <td>(単・造影)</td> </tr> <tr> <td>MRCP</td> <td>(単・造影)</td> <td>股関節(左・右)</td> <td>(単・造影)</td> </tr> <tr> <td>骨盤</td> <td>(単・造影)</td> <td>両乳房</td> <td>(単・造影)</td> </tr> </table>	頭部	(単・造影)	肩関節(左・右)	(単・造影)	頚椎	(単・造影)	膝関節(左・右)	(単・造影)	胸椎	(単・造影)	手関節(左・右)	(単・造影)	腰椎	(単・造影)	肘関節(左・右)	(単・造影)	腹部	(単・造影)	足関節(左・右)	(単・造影)	MRCP	(単・造影)	股関節(左・右)	(単・造影)	骨盤	(単・造影)	両乳房	(単・造影)	検査部位・使用造影剤   技師   (単・造影)
頭部	(単・造影)	肩関節(左・右)	(単・造影)																										
頚椎	(単・造影)	膝関節(左・右)	(単・造影)																										
胸椎	(単・造影)	手関節(左・右)	(単・造影)																										
腰椎	(単・造影)	肘関節(左・右)	(単・造影)																										
腹部	(単・造影)	足関節(左・右)	(単・造影)																										
MRCP	(単・造影)	股関節(左・右)	(単・造影)																										
骨盤	(単・造影)	両乳房	(単・造影)																										
社会医療法人 栄光会																													