

MRI検査依頼書（診療情報提供書）

ばんば脳神経外科クリニック 馬場庸平先生

FAX:06-6850-1191 (お急ぎの場合はTEL06-6850-1192にご連絡ください)

ご依頼日：

年

月

日

【紹介元情報】

医療機関名		TEL	
担当医師名		FAX	

【患者情報】

患者氏名		性別	☐ 男 ☐ 女
生年月日		年齢	
住所			
ご連絡先（電話）			
体重		kg	

【検査希望日・時間帯】

☐ 当日 (当日順番待ちになります)
年 月 日
来院時間帯 ☐ 9-10時 ☐ 10-11時 ☐ 11-12時 *待ち時間が生じる可 ☐ 15-16時 能性についてはお伝 ☐ 16-17時 えください。 ☐ 17-18時

【傷病名・紹介目的】

--

【既往歴・家族歴・経過】

--

【検査部位】※該当する部位にチェックを入れてください

頭部 ☐ 頭部（脳） ☐ VSRAD ☐ 下垂体 ☐ 頸部MRA
顔面 ☐ 副鼻腔 ☐ 頸部
脊椎 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 仙椎 ☐ 腰椎
腹部・骨盤 ☐ 前立腺

その他(部位、撮像条件のご指定など)

--

【読影レポート】

☐ 画像検査のみ ☐ 画像検査＋読影レポート ☐ 当院での診察＋画像検査＋読影結果

【備考・ご要望】

--

※頭部MRIは即日診断し、当日中に所見をFAXで返送いたします。

※他部位のレポートは放射線科専門医に依頼読影し、後日FAXにてお送りします。

※当日は画像CD-ROMを本人にお渡しします。