診 療 情 報 提 供 書

紹介先医療機関　メディカルトピア草加病院　　平成　　年　　月　　日

外来　担当医

【連絡先】
検査予約専用　TEL＆FAX

048-911-4723

【検査日時】

平成　　年　　月　　日（　　）

午前 ・ 午後　　時　　分

紹介元医療機関名及び所在地
（名刺を貼り付けて頂いても結構です）

医師氏名　　印

フリガナ		性 別	男 ・ 女
患者氏名			
生年月日	昭 ・ 平　　年　　月　　日	電話番号	

☐ MRI　　☐ CT　　☐ 骨密度(DEXA)

☐頭部（＋MRA）
☐副鼻腔
☐頚部
☐頚椎
☐胸椎
☐腰椎
☐仙椎
☐肩（左・右）
☐手関節（左・右）
☐手（左・右）
☐股関節
☐膝（左・右）
☐足関節（左・右）
☐腹部
☐前立腺
☐子宮卵巣
☐胸部（肺）
☐その他（　　）

紹介目的 既 往 歴	

MRI検査の方は下記事項のチェックをお願いします。

●体内金属（心臓ペースメーカー・人工内耳・義眼 脳動脈クリップ・その他の体内金属）	有 ・ 無 具体的に[　　]	有の場合、検査ができない場合があります。
●刺青・アートメイク	有 ・ 無	有の場合、場所・時期によっては検査不可。
●入れ歯（磁石で固定するタイプ）	有 ・ 無	有の場合、安定性が低下する危険性あり。
●妊娠の可能性	有 ・ 無	有の場合、検査不可。
●閉所恐怖症又は狭いところが苦手な方。	有 ・ 無	有の場合、検査ができない場合があります。

検査予約の際は必ず本用紙をFAX送信お願いします。

保険証（原本）は必ずお持ちになってください。