

M R I 検 査 申 込 書

診 療 情 報 提 供 書

おやま整形外科クリニック

MR I 検査室 宛

FAX 0237-84-6624

TEL 0237-84-6623

依頼日

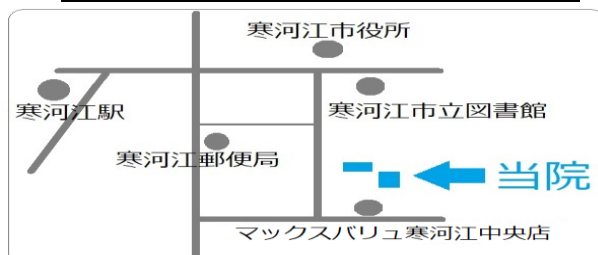
紹介元医療機関名

診療科

医師名

TEL

FAX



ふりがな 患者様氏名		性別	☐ 男	☐ 女
生年月日		年齢	歳	
ご住所				
TEL		当院受診歴	☐ なし	☐ あり

診 断 名			
検 査 部 位	☐ 頸部	☐ 脊椎：	
	☐ 胸部	☐ 四肢：	
	☐ 腹部	【 ☐ 右 ☐ 左 】	
	☐ 骨盤・股関節	☐ その他：	
検 査 目 的			
現病歴・既往歴 処方内容・経過等			
女 性 の み	妊娠の疑い ☐ なし ☐ あり		

MR I 検査希望日	☐ 第1希望日	月	日 () (☐ 午前 ☐ 午後)
	☐ 第2希望日	月	日 () (☐ 午前 ☐ 午後)
	☐ 都合が悪い日	月	日 ()
	☐ いつでも可		

以下、当院にて記載いたします。

MR I 検査予約日時 年 月 日 ()
(時 分 より)

検査当日は予約時刻の15分前までに来院し、受付にこの書類と保険証、同意書を提示してください。