

紹介医療機関名 塩竈市立病院

担当医先生宛

令和 年 月 日

紹介元医療機関名

紹介・指示医師名

所在地

電話番号

F A X 番号

※必ず赤の太枠内をご記入ください

患者氏名：

生年月日： 大正・昭和・平成 年 月 日

患者住所：

傷病名

既往歴・家族歴

経過及び検査目的※別紙参照と記入していただき貴院指定の診療情報提供書を添付していただいてもかまいません。

予約日時 令和 年 月 日 AM・PM 時 分 身長 c m 体重 k g

検査部位 単純のみ 7969 単純+造影

その他撮影

61408 頭部

61408 躯幹部

61408 四肢

- 脳
- 頸部
- 頸椎
-
- 縦隔
- 肝胆膵脾
- 腎・副腎
- 乳房 (R・L)
- 肩関節 (R・L)
- 股関節 (R・L)
- 骨盤腔
- 胸椎
- 腰椎
-

- 上腕・前腕 (R・L)
- 肘関節 (R・L)
- 手関節 (R・L)
- 大腿 (R・L)
- 下腿 (R・L)
- 膝関節 (R・L)
- 足関節 (R・L)

- 脳 MRA
- MRA 造影 MRA
- 頸部・胸部・腹部
- 上肢・下肢
- M R C P

MRI 検査注意事項の確認 閉所恐怖症 無の確認

造影剤使用時禁忌事項の確認

体内の金属 無 有 (部位) にある金属は安全

造影剤等

56778□ブ ロハスシリンジ	13ml	1 本
56779□ブ ロハスシリンジ	17ml	1 本
55197□EOB・プリモビスト	5ml	1 本
55198□EOB・プリモビスト	10ml	1 本
53636□リゾビスト		1 本
48859□生食	20ml	本
2303 □サーフロー針		1 本
7987 □フィルム枚数		枚

確認医師署名：

技師名：

撮影番号：

Transverse (横断)								
Sagittal (矢状断)								
Coronal (冠状断)								