

診療情報提供書
(MRI 予約申込書)

平成 年 月 日

おおしま喜多見駅前医院宛

所在地 〒157-0067 東京都世田谷区喜多見 9-2-21

電話番号 03-5438-3737

Fax 番号 03-5438-3555

医師氏名 大島 幸亮

紹介元医療機関名

所在地

電話番号

Fax 番号

医師氏名

保険者番号						公費負担者番号						
記号・番号						受給者番号						
被保険者との続柄	本人 ・ 家族					負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割					

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	男・女
患者氏名				
住所	〒 ー		TEL (自宅) () (携帯) ()	

傷病名・紹介目的	撮影部位
	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 聴器
・読影希望 有・無 ・CD希望 有・無	<input type="checkbox"/> 頸部
	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮卵巣 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 肩 (左・右) <input type="checkbox"/> 手 (左・右) <input type="checkbox"/> 手関節 (左・右) <input type="checkbox"/> 肘 (左・右) <input type="checkbox"/> 膝 (左・右) <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 足関節 (左・右) <input type="checkbox"/> その他

体内金属 (心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・その他の体内金属) 有・無 有の場合、検査ができない場合があります。応相談。
具体的に【 】

MRI 撮影予約日

平成 年 月 日 時 分

*予約時間 10 分前までにご来院下さい。

お問合せ先 医療法人社団東聖会 おおしま喜多見駅前医院

TEL 番号 03-5438-3737 (月～土) 9時～13時 (月～金) 15時～18時