ふじさわ北整形外科　北澤哲史 宛

診療情報提供書 （MRI･骨密度 検査申込書）

貴院名	依頼医師名
	先生

患者様情報

フリガナ		性別	生年月日	備考
氏名		女 男		

医療情報	症状または病名				
依頼検査	MRI（造影検査は行いません）	□頸椎　□胸椎 □腰椎　□仙椎		□頭部（MRI・MRA） □頚部（MRI・MRA）	
		腹部	前立腺	子宮卵巣	骨盤	股関節 □みぎ □ひだり
		肩関節 □みぎ □ひだり	肘関節 □みぎ □ひだり	手関節 □みぎ □ひだり	手指 □みぎ □ひだり	
		膝関節 □みぎ □ひだり	大腿 □みぎ □ひだり	下腿 □みぎ □ひだり	足関節 □みぎ □ひだり	足部 □みぎ □ひだり
		希望シーケンス等コメント				
	骨密度測定	□腰椎+大腿骨				

MRI検査の場合下記事項のチェックをお願いいたします

●体内金属（心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・ほか体内金属） 詳細［　　］ ありの場合、検査ができない場合があります	□あり　□なし
●閉所恐怖症・じっとしていられない ありの場合、撮像数を減らし短時間で撮像します	□あり　□なし
●妊娠初期（１３週以内）または、妊娠の可能性 ありの場合、原則検査不可	□あり　□なし
●刺青・増毛パウダー・マグネットネイル・カラーコンタクト・磁石式入れ歯・ほか不明なもの ありの場合、検査部位や時期により検査ができない場合があります	□あり　□なし

MRI検査　結果報告方法

読影	□要	□不要
画像データ（CD-R）	□要	□不要

検査予定日	年　月　日
検査時間	時　分　から

※　検査開始20分前にご来院ください

貴院次回診察日	年　月　日

ふじさわ北整形外科
〒 251-0021 神奈川県藤沢市鵠沼神明5-1-5
☎ 0466-53-2230 FAX 0466-53-2231