MR(単純・造影)検査依頼書　(診療情報提供書)

医療法人　有隣会
東大阪病院　宛

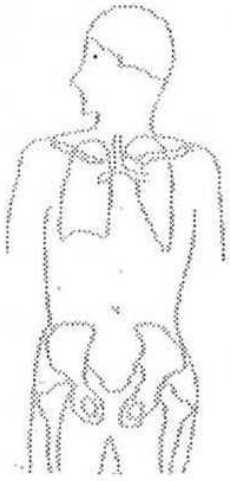
TEL　06－6932－0369（地域医療連携室直通）
FAX　06－6932－0086（地域医療連携室直通）
TEL　06－6939－1121（病院代表）

紹介元　医療機関		TEL	
医師名	(　　科)	FAX	

ふりがな			性別		備考
紹介患者様氏名	(姓)	(名)	男	女	
生年月日	明・大・昭・平　　年　月　日　生				

検査部位	
頭　部	下腹部
頚　椎	肩関節
胸　椎	股関節
腰椎	膝関節
頚　部	四　肢
胸部	頭部MRA
上腹部	頚部MRA

その他具体的に



臨床診断および検査目的

読影　所見
□　要
□　不要