

診療情報提供書（MRI 検査依頼伝票）

平成 年 月 日

紹介先：有吉サテライトクリニック 担当医 行

フリガナ	紹介元医療機関	
患者氏名： 男・女（ 歳）	所在地	
生年月日： 明大昭平 年 月 日	医療機関名	
患者住所：〒	医師名	印
電話番号：	T E L	
ID（当院にて記入します）：	F A X	

検査日 （予約日）	平成 年 月 日 AM（ : ） PM（ : ）
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 関節（右・左）（肩・肘・手・股・膝・足）
傷病名	
紹介目的・検査目的（具体的に指示） （検査結果） （既往歴） （治療過程）	
【紹介元病院様へ】 この用紙にご記入の上、有吉サテライトクリニックまで FAX して下さい。（FAX 093-616-0887） この診療情報提供書は貴院にて保管して下さい。 患者さんには2枚目の用紙《MRI 検査を受けられる方へ》をお渡しいただき、検査日に健康保険証・各種医療証と共に、有吉サテライトクリニックへ持参するようにご指導下さい。	