

氏名

男・女

生年月日

住所

日中連絡のとれる電話番号

# 診療情報提供書 (検査依頼票)

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

紹介先医療機関名

田園調布長田整形外科  
(03-5483-7070)

長田 夏哉 先生

予約時間				貴院次回診察日		
月	日	午前 午後	時 分より	月	日	未定

依頼内容
<input type="checkbox"/> 脳
<input type="checkbox"/> 脳+MR A
<input type="checkbox"/> 頸椎
<input type="checkbox"/> 胸椎
<input type="checkbox"/> 腰椎
<input type="checkbox"/> 肩 (左・右)
<input type="checkbox"/> 膝 (左・右)
<input type="checkbox"/> 股 (左・右)
<input type="checkbox"/> 肘 (左・右)
<input type="checkbox"/> その他 (左・右)

傷病名・紹介目的
臨床情報

■以下につきまして、チェックをお願いいたします (必ずご記入下さい)

体内金属(ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・体内金属)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
※有の方 ・体中に金属がある方は手術された医療機関にMR可能か問い合わせをして下さい		
刺青・アートメイクなど	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
入れ歯(磁石で固定するタイプ) インプラント	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
妊娠中もしくは疑いのある方	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

結果	フィルム	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要	読影レポート	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要
----	------	----------------------------	-----------------------------	--------	----------------------------	-----------------------------

氏名

男・女

生年月日

住所

日中連絡のとれる電話番号

# 診療情報提供書 (検査依頼票)

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

## 紹介先医療機関名

田園調布長田整形外科  
(03-5483-7070)

長田 夏哉 先生

予 約 時 間				貴院次回診察日		
月	日	午前 午後	時 分より	月	日	未定

当日、ご持参いただく物  
— 保険証・検査依頼票

- 当日は、所要時間およそ1時間を目安にしてください。  
問診票をご記入していただきますので予約時間の10分前  
に来院して下さい。



田園調布長田整形外科

03-5483-7070

ご不明な点はお電話下さい。  
当日、遅れる場合、お手数で  
すがお電話下さい。