診療情報提供書（MRI検査用）

年　　月　　日

しみず脳神経外科クリニック

清水 俊樹　医師宛

ご紹介元

ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	年齢
患者様お名前	男・女	明・大・昭・平　年　月　日	歳
患者様ご住所	〒　— TEL　—		

傷病名

紹介目的　要望検査（部位等を記入してください）

＊　いずれかに◯をお付けください　・CD-R要　・フィルム要　・画像は不要

MRI検査における予約前の確認事項

ＭＲＩ施行歴	□有	□無
心臓ペースメーカー	□有	□無
心臓人工弁	□有	□無
手術クリップ	□有	□無
不整脈	□有	□無
人工関節	□有	□無
てんかん	□有	□無
閉所恐怖症	□有	□無
入れ墨・眉墨	□有	□無
歯列矯正・インプラント	□有	□無
入れ歯・差し歯	□有	□無
人工内耳	□有	□無
補聴器	□有	□無

義眼（金属製）	□有	□無
コンタクトレンズ（カラー）	□有	□無
針治療（埋込治療中）	□有	□無
針治療（埋込治療中）	□有	□無
はり薬・カイロ	□有	□無
妊娠中	□有	□無
手術歴	□有	□無
その他体内金属片	□有	□無

《有の場合は具体的にご記入願います》

その他の予約前の確認事項

薬物禁忌	□有	（　　）	□無
アレルギー体質	□有	（　　）	□無
気管支喘息	□有	（　　）	□無
感染症	□有	（ＨＢ　＋　・　－） （HCV　＋　・　－） （ワ氏　＋　・　－）	□無

本情報提供書と保険証のコピーを前もってFAXでご送信くだされば、カルテ等の準備をして患者様のご来院をお待ちしております。

FAX

075-406-0693

しみず脳神経外科クリニック
MRIクリニック

診療時間	月	火	水	木	金	土
9:00～12:00	●	●	●	●	●	●
16:00～19:00	●	●	●	／	●	／

休診日　木曜・土曜午後、日祝日

TEL：075-406-0692

〒604-8412 京都市中京区西ノ京南聖町13番地 1F