

# 診療情報提供書 兼 頭部・脊髄 MRI 検査依頼票

令和 年 月 日

紹介先医療機関

医療法人横浜医仁 上田クリニック  
院長 上田 啓太 行

紹介元医療機関

医療機関名

電話番号

FAX

医師氏名

印

患者氏名 殿 性別 男 ・ 女  
患者住所 電話番号 ( )  
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( ) 歳

【依頼目的】 頭痛・肩こり めまい 嘔吐・嘔気 認知機能低下 呂律・構音障害  
しびれ・感覚異常 ふるえ・不随運動 ふらつき・歩行困難 意識消失・記憶障害  
視覚・視野異常 難聴・耳鳴り 頭部外傷・打撲  
患者さん希望 家族歴 その他( )

【検査部位】 頭部  
頸椎 腰椎 胸椎 全脊椎  
その他

【検査時期】 緊急(可能な限り迅速に対応します) 当日 1週間以内 指定なし

\*臨床症状 検査内容詳細 撮像法など追記がございましたら記載してください。

MRI 結果に関しては、当院で責任をもって診断し患者さんにご説明後、  
貴院に診療情報提供書として郵送または患者さん本人にお渡しします。

SINCE 2005



〒221-0842

神奈川県横浜市神奈川区泉町 6-1 中央ビル黒川 2 階

TEL : 045-312-1212 FAX : 045-312-1213

診療時間	月	火	水	木	金	土	日
9:00 ~ 13:00	○	○	休	○	○	9:00 }	休
14:30 ~ 18:00	○	○	診	○	○	15:00	診

休診日：水、日、祝

※土曜日は 9:00~15:00 まで

☆脳ドックは休診日を除く月~土の午後、完全予約制にて実施