

画像診断検査依頼書 MRI

紹介元 医療機関名称		電話番号	
医師名		FAX 番号	
氏名		検査日時	
生年月日		20 年 月 日 ()	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	午前・午後	時 分
電話番号			
臨床診断		撮像部位	
		頭部	股関節
		頸部	肩関節
病歴及び検査目的		頸椎	膝関節
		胸椎	その他
		腰椎	〔 〕
		骨盤	
		腹部	

《注意事項》

- ・検査はすべて予約制です。予約は放射線科受付（内線120）が承りますので、電話で検査日時の予約を行ってください。
- ・検査日時が決定しましたら、この画像診断依頼並びにMRIチェックリストに必要事項を記入の上、当院地域医療連携室宛てにFAXして下さい。（FAX 072-336-7053）原本は、検査当日に患者様にご持参いただきますようお願いください。
- ・検査当日は、検査時間の30分前までに来院されるようご説明下さい。