　 　社会医療法人垣谷会　明治橋病院　　　　FAX　072-336-7053

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 | □　男 | □　女 | **午前・午後　　　　　時　　　　　分** | | |
| 電話番号 |  | |
|  | | | | | |
| 臨床診断 | | | 撮像部位 |  | |
| 頭部 | 股関節 |  |
| 頚部 | 肩関節 |  |
| 病歴及び検査目的 | | | 頚椎 | 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伝えください。

・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。

社会医療法人　垣谷会　明治橋病院　　　放射線科　電話：072-334-8558（内線120）

FAX：072-336-7053（地域医療連携課）