

MRI 検査依頼書

医療法人けあき会脳神経外科クリニック

FAX 072-768-8431

予約日時	年	月	日 ()	時	分
フリガナ			生年月日		才
氏名	男・女		T・S・H・R	年	月 日
患者様連絡先	TEL	()			
住所					
紹介医療機関	(当 院)				
担当医			TEL ()		
			FAX ()		
患者様の状態 ・ 臨床症状 ・ 検査目的 ・ 病名 など					
撮影部位					
頭部 (MRI MRA) ・ 脊椎 (頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎)					
膝 (右 ・ 左) ・ その他 ()					
<ul style="list-style-type: none"> ・搬送形態 (独歩 ・ 杖 ・ 車椅子) ・30分程度静止 (可 ・ 不可) ・認知症 (無 ・ 有) ・ 感染症 (無 ・ 有) ・ 妊娠 (無 ・ 有) ・ペースメーカー (無 ・ 有) ・ 心臓人工弁 (無 ・ 有) ・体内金属 (無 ・ 有) ・ 手術クリップ (無 ・ 有) ・補聴器 (無 ・ 有) ・ 入れ歯 (無 ・ 有) ・ 刺青 (無 ・ 有) 					
ご希望形態 (該当するものを○で囲んでください)					
<ul style="list-style-type: none"> ・要CD ・所見必要 ⇒ お急ぎFAX ・ 郵送 ・所見不要 					
最終来院	年	月	TEL予約 /	来院予約	