

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						
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 VSRAD) ・ 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)						
・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