MRI 検査依頼書

医療法人けあき会　頭痛・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（ 頚椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ）

膝（ 右 ・ 左 ） ・ その他（　　）

・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（ 該当するものを〇で囲んでください ）

・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