

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 MRI (頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎) ・ その他 ()						
・ ペースメーカー (無 ・ 有) ・ 体内金属 (無 ・ 有) ・ 手術クリップ (無 ・ 有) ・ 心臓人工弁 (無 ・ 有) ・ 妊娠 (無 ・ 有) ・ 補聴器 (無 ・ 有) ・ マグネットネイル (無 ・ 有)						
該当するものを○で囲んでください ※CD・所見はお渡しいたします 診察 (要 ・ 不要) その他 ()						