

MRI 検査依頼書

大石病院 放射線部
FAX:084-953-3216

検査日時	年 月 日 時 分
お申込みの医療機関名	
住所	
診療科	
医師名	
電話番号	
FAX 番号	

◆ご紹介いただく患者さんの情報

カガナ		性別	生年月日		
お名前		男・女	明・大・昭・平	年	月 日
電話番号		身長	cm	体重	kg

- 読影依頼
 通常読影
 不要
読影結果
 郵送のみ
 FAX のみ
 郵送と FAX

検査目的(1 検査 1 部位とさせていただきます)

- | | |
|---------------|---|
| 検査部位に○をつけて下さい | 1 頭部(ルーチン MRA)
2 頸部 MRA
3 頭頸部(部位)
4 脊椎 (頸椎 胸椎 腰椎)
5 上肢 R L(肩 肘 手)関節
6 下肢 R L(股 膝 足)関節
7 腹部 (肝 胆 膵 MRCP 腎 副腎)
8 骨盤 (骨盤骨 子宮卵巣 前立腺 膀胱)
9 皮下腫瘍(部位)
10 その他 () |
|---------------|---|

- 造影検査
 要
 不要
 ※気管支喘息といわれたことがある 有 無
ブスコパン
 使用
 不使用
 (造影検査 要の方は記入↑してください)

恐れ入りますが必要事項をご記入の上、FAX にてお送りください。