

MRI 共同利用依頼書

<紹介元>

医療機関名	
住所	
TEL	
FAX	
医師氏名	

◇MRI 検査を受けられる方

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	大正・昭和 年 月 日生 平成 (満 歳 ヶ月)
住所	〒		
自宅電話	-	携帯電話	-

◇MRI 検査について

病 名： _____

検査目的： _____

依頼部位：

頭部	頰椎	胸椎	腰椎
肩関節 (右・左)	肘関節 (右・左)	手関節 (右・左)	
股関節 (右・左)	膝関節 (右・左)	足関節 (右・左)	
腹部	MRCP	骨盤	

読影レポート：要 (FAX と郵送・郵送のみ) ・ 不要

※お急ぎの場合、FAX させていただきます。

検査希望日時：希望の曜日・時間に○を記入ください

	15:00	15:30	16:00	16:30
月				
火				
水				
金				

※依頼内容追加指示：必要なシーケンス、撮影方向等の記入をお願いします。

--