

# 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 )<br>2 頸部 MRA<br>3 頭頸部(部位 )<br>4 脊椎 ( 頸椎 胸椎 腰椎 )<br>5 上肢 R L(肩 肘 手)関節<br>6 下肢 R L(股 膝 足)関節<br>7 腹部 (肝 胆 膵 MRCP 腎 副腎 )<br>8 骨盤 (骨盤骨 子宮卵巣 前立腺 膀胱 )<br>9 皮下腫瘍(部位 )<br>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。