

MRI 検査依頼書

(診療情報提供書)

FAX:048-685-3155

予約日時		
年	月	日
午前・午後	時	分

※緊急検査等により予約日時よりもお待ちさせる場合があります。予めご了承ください。

ふりがな				依頼医療機関名		
患者氏名						
生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 (歳)			依頼医師名		
性別	男・女	身長	cm	体重	kg	
当院受診歴	☐ 有 (診察券番号:) ☐ 無			※分かる範囲で結構です		

検査目的
既往歴及び症状経過・治療経過など

MRI 撮影部位 ・一つだけ☑を いれて下さい ・()内は 選択肢に○を つけて下さい	頭部	☐ MRAあり ☐ MRAなし ☐ 単純+MRA+DWI ☐ 単純+DWI ☐ 単純+MRA+頸部MRA ☐ T2*+FLAIR+BPAS+MRA+DWI ☐ 内耳 ☐ 副鼻腔 ☐ 下垂体
	頭頸部	☐ 頸部MRA ☐ 耳下腺 ☐ 顎下線 ☐ 甲状腺
	腹部	☐ 肝臓 ☐ 膵臓 ☐ MRCP
	骨盤部	☐ 膀胱 ☐ 前立腺
	脊椎	☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎
	上肢	☐ 右・左 (肩・上肢・肘・前腕・手関節・手根骨・手指)
	下肢	☐ 右・左 (股関節・大腿・膝関節・下腿・足関節・足根骨・足趾)
	※当院では単純検査のみになります。	
検査結果	画像CD-ROM	☐ 当日患者様持ち帰り ☐ 読影報告書と同封で郵送
	画像読影	☐ 要 ☐ 不要
	読影報告書	☐ 郵送 ☐ 至急 (要ご相談)

ご注意

おなか（腹部）の検査を受ける方：食事制限6時間（午前・午後 時 分～）

※お水・お茶のみ飲水可