ＭＲＩ検査依頼用紙

申込日 平成　　年　　月　　日

ご紹介元医療機関
名称 住所　〒 診療科、医師名 FAX番号 電話番号

患者様情報		
ふりがな	性別　　男 ・ 女	
氏名	年齢　　歳	年　　月　　日生
住所　〒		
自宅電話番号　　－　　－	携帯電話番号　　－　　－	

希望日時	月　　日　　時

1. 依頼内容	MRI撮影　□単純　□頭部　単純セット（　5欄へ　）
2. 部位	（　※お願い　1日1部位にてお願いします）
3. 備考	
4. 撮影法	※指定なければ未記入で構いません
T1	単純　□軸状断　□矢状断　□冠状断
	造影　□軸状断　□矢状断　□冠状断
T2	□軸状断　□矢状断　□冠状断
MRA	□ウイルス輪　□頚動脈
他	□FLAIR　□Diffusion　□脂肪抑制　□MRCP
5. 頭部　単純セット	
□ セット1　T1・T2の軸状断（一般的なルーチン検査） □ セット2　T1・T2・FLAIR の軸状断（出血等わかりやすい） □ セット3　セット2＋MRA（脳血管）	

※お願い　別紙「MRI検査問診票」もご記入下さい。

受付時間　09:00～11:30　13:00～17:00　（日、祝は休み）　FAXは24時間稼動

医療法人尚和会　宝塚第一病院　**FAX　0797－87－9606**　TEL　0797－84－8811（代表）

当院使用欄

ID:　　事務部担当:　　外来担当: