

MRI 検査依頼用紙

申込日 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 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 頭部 単純セット（5 欄へ）
	撮影後当日診察 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 （不要の場合は当日CD-Rのみお渡しします）
	放射線科読影(後日) <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 （結果郵送に1週間程度かかる場合があります）
2. 病名	
3. 部位	（※お願い 1日1部位にてお願いします）
4. 撮影法 ※指定なければ未記入で構いません	
T 1	単純 <input type="checkbox"/> 軸状断 <input type="checkbox"/> 矢状断 <input type="checkbox"/> 冠状断
	造影 <input type="checkbox"/> 軸状断 <input type="checkbox"/> 矢状断 <input type="checkbox"/> 冠状断
T 2	<input type="checkbox"/> 軸状断 <input type="checkbox"/> 矢状断 <input type="checkbox"/> 冠状断
M R A	<input type="checkbox"/> ウイルス輪 <input type="checkbox"/> 頸動脈
他	<input type="checkbox"/> FLAIR <input type="checkbox"/> Diffusion <input type="checkbox"/> 脂肪抑制 <input type="checkbox"/> MRCP
5. 頭部 単純セット	
<input type="checkbox"/> セット1	T 1 ・ T 2 の軸状断（一般的なルーチン検査）
<input type="checkbox"/> セット2	T 1 ・ T 2 ・ F L A I R の軸状断（出血等わかりやすい）
<input type="checkbox"/> セット3	セット2 + M R A（脳血管）
6. 備考	

受付時間 9:00~11:30、13:00~17:00（日、祝は休み）FAXは24時間稼働

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

I D :

事務部担当 :

外来担当 :