

M R I 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 ①	月 日 時
希望日時 ②	月 日 時

1. 依頼内容	M R I 撮影 ☐ 単純 ☐ 頭部 単純セット (5 欄へ)	
	撮影後当日診察 ☐ 要 ☐ 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) ☐ 要 ☐ 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 ☐ 軸状断 ☐ 矢状断 ☐ 冠状断	
T 2	☐ 軸状断 ☐ 矢状断 ☐ 冠状断	
M R A	☐ ウイルス輪 ☐ 頸動脈	
他	☐ FLAIR ☐ Diffusion ☐ 脂肪抑制 ☐ MRCP	
5. 頭部 単純セット		
☐ セット1	T 1 ・ T 2 の軸状断 (一般的なルーチン検査)	
☐ 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)	
☐ セット3	セット2 + M R A (脳血管)	
6. 備考		

受付時間 平日9:00~17:00 土曜日9:00~11:30
(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 :