

MRI 検査依頼書

電話番号 078-411-0619

FAX 番号 078-411-8451

フリガナ		男・女	依頼元 施設名	電話番号 依頼医
氏名				
生年月日	年 月 日			
電話番号			予約日時	年 月 日
住所				時 分

* MRI 検査を受けられる方は検査開始時刻の 20 分前(当院のご利用が初めての方は検査開始時刻の 30 分前)にお越しください。(遅刻された場合は検査をお受けできないことがあります。)

* 同意書および注意事項をよく確認して頂き、不明な点がある場合はあらかじめご連絡ください。

* ご自身での更衣の難しい方は、お連れの方と一緒に来院ください。

* 検査当日、マスクは針金が入っていないもの(布マスクなど)をご用意ください。

検査部位 頭部 甲状腺

頸椎 胸椎 腰椎 仙椎

肩 (L・R) (腱板・その他)

肘 (L・R) 手関節 (L・R)

膝 (L・R) (ACL・PCL) 股関節 (L・R)

足関節 (L・R) (距骨・踵骨・その他)

◀検査目的▶ * 撮影法等、ご要望がありましたらお書きください。

医療法人社団 大智会 市橋クリニック

〒658-0013 神戸市東灘区深江北町 5-7-15