メディカルパーク今池　MRI 検査依頼票

検査予約日（西暦）　　年　　月　　日　（　　）　　時　　分　から

依頼日（西暦）　　年　　月　　日

FAX 送信先　052-715-6178

依頼元施設名　　依頼元医師名

依頼元電話番号　　FAX

フリガナ		生年月日（西暦）	年　月　日	性別
氏名	様	電話番号		
住所				

検査内容	☐ MRI＋MRA　☐ MRI　☐ MRA ☐頭部　☐VSRAD　☐頚部（甲状腺含む）　☐胸部　☐腹部　☐骨盤部　☐MRCP ☐乳腺　☐頚椎　☐胸椎　☐腰椎　☐仙椎・尾骨 ☐肩関節（☐右　☐左　☐両　）☐肘関節（☐右　☐左　☐両　）☐手関節（☐右　☐左　☐両　） ☐股関節（☐右　☐左　☐両　）☐膝関節（☐右　☐左　☐両　）☐足関節（☐右　☐左　☐両　） ☐その他（　　）
検査目的	
臨床診断	
現病歴	
伝達事項	