

# MRI検査依頼票

MRI検査問診票と併せてFAXして頂きますようお願いいたします。

		年	月	日
貴院名		依頼医名		
予約日	令和	年	月	日
予約時間		時	分	
貴院TEL				

フリガナ				
患者氏名				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
性別	男性	女性		
体重	kg			
住所				
TEL				

検査部位（当院のルーチンで撮影します）						
頭頸部	頭部	眼窩	内耳	副鼻腔		
腹部	肝臓	胆嚢	膵臓	腎臓	副腎	MRCP
	子宮	卵巣	前立腺	膀胱		
脊髄	頸椎	胸椎	腰椎	仙椎尾骨		
関節系 (右・左)	肩関節	肘関節	手関節			
	股関節	膝関節	足関節			
その他						

注：1部位のみ丸で囲って下さい

注：関節系撮影の場合は必ず左右どちらかを丸で囲って下さい

検査目的・臨床情報・既往歴（具体的にお願いします）

注：当院技師より検査目的確認の連絡をさせて頂く場合がございます

読影依頼	あり	なし
------	----	----

注：どちらか必ず囲って下さい

坂井市立三国病院 地域連携室

TEL 0776-82-5222

FAX 0776-82-7050