

# MR I 検査依頼書

施設名称

所在地

電話番号

依頼医師サイン(自筆でお願いします)

この用紙と別紙問診票を記入の上、桜ヶ丘中央病院  
地域連携課(FAX番号:046-279-3889)へ2枚ともFAXしてください

## 患者様情報

(フリガナ) 氏名				性別	
生年月日	年	月	日	電話番号	— —
住所	〒 242 - 0024				

## 検査情報

検査日時	年	月	日 ( )	妊娠の有無	
	時 分			画像のご提供方法	CD-R
				読影レポート	
検査部位※	<input type="checkbox"/> 頭部 ( <input type="checkbox"/> MRAあり <input type="checkbox"/> VSRADあり )			<input type="checkbox"/> 膝 ( )	
	<input type="checkbox"/> 頚椎		<input type="checkbox"/> 胸椎		<input type="checkbox"/> 腰椎
	<input type="checkbox"/> MRCP		<input type="checkbox"/> 膝 ( )		<input type="checkbox"/> 骨盤
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
	※原則、1部位のみとなります(1枠30分)				
詳細指示 検査目的 臨床情報					

- ・ 共同利用での造影検査は行いません。その場合は紹介検査でお願いします。
- ・ 問診票に「あり」の項目がある場合等は、必要に応じて検査前にお問い合わせいたします

担当技師

--