

年 月 日

MRI検査依頼書

天王寺だい脳神経外科クリニック

TEL：06-4399-7373

山田 大先生御待史

FAX：06-4399-5255

紹介元医療機関：

依頼医名：

TEL：

FAX：

ふりがな		性別	男	女	
氏名		生年月日	年	月	日
住所	(〒)				
電話番号					

ご希望される検査部位

- 頭部(脳) VSRAD 頸部MRA 肝臓
 全脊椎 頸椎 胸椎 腰椎 仙尾骨
 骨盤 股関節 骨盤腔(子宮・卵巣・膀胱) 前立腺
 右・左肩関節 右・左肘関節 右・左手関節 右・左膝関節 右・左足関節
 大腿骨 下腿骨 右・左足部

※上記部位以外は要相談となるため、お手数ですが当クリニックへご連絡をお願いします。

病名・検査目的をご記入ください。

撮影のご要望等ございましたらご記入ください。

医療機関様のご要望に合った対応をさせていただきます。

ご希望の内容に☑をお願いします。

- 画像検査のみ 画像検査+読影依頼 当クリニック医師による診断

※注意事項

- 1検査1部位でお願いします。股関節、大腿骨、下腿骨以外の左右同時撮影は出来ません。(頭部、頸部領域に限りまとめて検査可能)
- 頭頸部、脊椎MRIは即日診断し、当日中に検査結果をFAXさせていただきます。
- その他の部位のMRIは京都プロメドによる遠隔画像診断に依頼し、翌日FAXにて結果をお送りします。