

MRI検査依頼書(診療情報提供書)

西暦 年 月 日

MRI

紹介元医療機関名:

所在地:

医師名:

TEL:

FAX:

フリガナ 患者氏名	男・女	体重 kg	撮影技師
生年月日 明・大・昭・平	年	月	日(才)
希望検査日:	年	月	日(曜日) 午前・午後 時 分
予約検査日:	年	月	日(曜日) 午前・午後 時 分
検査方法	単純		
MRI 検査部位	頭部	脳・眼窩・下垂体・内耳・副鼻腔・血管・VSRAD	
	頸部	甲状腺・咽頭・喉頭	
	腹部	肝・脾・膵・腎・副腎・MRCP・血管	
	骨盤	膀胱・前立腺・子宮・卵巣	
	脊髄	頸椎(C)・胸椎(Th)・腰椎(L)・仙椎	
	上肢(右・左)	肩・上腕・肘・前腕・手・血管	
	下肢(右・左)	股関節・大腿・膝・下腿・足・血管	
① 検査目的			
② 直近の検査データ(コピーでも可)			
③:その他希望事項			
<p>検査依頼について この検査依頼書をFAXしてください。(電話での検査予約も可能です) (平日9~17時で患者様から直接、佐藤病院に電話をしていただいても、対応いたします。) 検査日時は、佐藤病院MRI室から患者様に、お電話にて連絡のうえ決定させていただきます。 検査結果は検査後三日程度で郵送いたします。 患者様の連絡先および、電話対応が可能な時間をご記入ください。</p>			
患者連絡先 (佐藤病院から電話を入れますので、対応可能な時間帯をお知らせ下さい。)			
自宅			
携帯			
対応可能な時間帯(平日) 9~11時・11~13時・13~15時・15~17時・17~18時			
" (土) 9~11時・11~12時			
読影結果報告	要・不要	撮影結果	フィルム・CD

医療法人 佐藤病院

TEL (045)731-1515 FAX (045)731-7711