

年 月 日

MRI依頼書

TEL : 087-813-5511

FAX : 087-813-5531

生成脳神経クリニック

入江 恵子 先生御侍史

紹介元医療機関：

医師名：

TEL:

FAX：

フリガナ		性別	男 女
氏名		生年月日	年 月 日
住所	(〒 -)		
電話番号			

ご希望される撮影部位に☑をお願いします。

- ☐ 頭部 (脳) ☐ VSRAD ☐ ()
- ☐ 頸部 MRA
- ☐ 頸椎 ()
- ☐ 胸椎 ()
- ☐ 腰椎 ()
- ☐ 全脊椎 ()

病名・検査目的をご記入ください。

何か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+所見 ☐ 画像所見+所見+当クリニックによる診察・治療

○頭部MR要望等記載がない場合は、DWI T2* FLAIR 頭部MRA を撮影させていただきます。

○頭部MR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。

○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。