

M R I 検査予約依頼書 (F A X 専用)

公仁会 前澤病院 宛

F A X (0 2 6 5) 8 2 - 7 3 2 3

依頼日 平成 年 月 日

紹介医療機関	住所	(〒)
	病院名	
	医師名	
	TEL番号	
	FAX番号	

- ・ 検査は土曜日午前9時から午後5時迄です(祭日は除きます)。
- ・ 検査の所要時間は20分が基本です。
- ・ 検査予約日及び時間については、翌日までにFAXにてご連絡いたします。
- ・ 患者様への予約日時のご連絡は当院で直接おこないます。

予約第1希望日	平成 年 月 日 (曜日)	午前 ・ 午後
予約第2希望日	平成 年 月 日 (曜日)	午前 ・ 午後
予約第3希望日	平成 年 月 日 (曜日)	午前 ・ 午後

フリガナ		性別	生年月日	
患者様氏名		男・女	明治 昭和	大正 平成
連絡先電話番号	() -	当院受診歴	有 ・ 無	

検査部位				
頭部	頸部	胸部	上腹部	下腹部
頸椎	胸椎	腰椎	前立腺	子宮卵巣
股関節	膝関節	足関節	肩関節	肘関節
手関節	その他 ()			

具体的な撮像方法	MRI	・ T1 ・ T2 ・ T2R ・ T2* ・ FIESTA(CISS) ・ FLAIR ・ DWI
		造影の有無 (有り ・ 無し)
	MRA	・ 頭部MRA ・ MRDSA ・ 造影MRI ・ MRV
	MRS	・ Single Voxel ・ Multi Voxel
	fMRI	()
Tensor (DTI)	()	

医療情報 (診断名)、体内金属の有無
