

MRI検査依頼用紙

検査日時 令和 年 月 日 時 分

総合病院 落合病院

総合支援センター

TEL 0867-52-1133

FAX 0867-52-1160

紹介元医療機関	
名称:	病院 科 医院
医師名:	先生

フリガナ	性別	生年月日
氏名 様	男 女	年 月 日
住所	連絡先	
	— —	

装置の故障・調整などで予約変更をお願いすることがございますがあらかじめご了承ください。

保険証	記号・番号	公費番号①							
	保険者番号	受給者番号							
	有効期限	有効期限	~						
	続柄	本人・家族	負担割合	割					

検査部位を○で囲んでください。原則1検査1部位をお願いします。電話予約後この用紙をFAXして下さい。

頭・頸部系	胸部系	椎体系	上肢系	下肢系	腹部系	骨盤系
			右・左	右・左		
脳 下垂体 副鼻腔 眼窩 内耳・小脳橋角 咽頭・喉頭 耳下腺 顎下腺 甲状腺 その他	縦隔 その他	頸椎 胸椎 腰椎 仙・尾椎 その他	肩関節 上腕 肘関節 前腕 手関節 手指 その他	股関節 大腿 膝関節 下腿 足関節 足趾 下肢動脈 下肢静脈 その他	肝臓 胆・膵 腎臓 その他	前立腺 膀胱 子宮・卵巣 精巣 その他
+VSRAD					+MRCP	

造影	無・有	腎機能： 月 日 eGFR： 造影‘有’の場合：造影剤問診票の確認をお願いします。
----	-----	---

身体情報	身長・体重 cm kg 体内金属等は問診票にて確認ください。
------	--------------------------------

検査目的・臨床診断	
-----------	--