

MRI 検査共同利用依頼書

ふりがな

患者氏名：

生年月日： 年 月 日

住所：

電話番号：

性別：男 女

紹介元医療機関名：

電話番号：

ご担当医先生お名前：

検査予約日 年 月 日 時間

予約時間の約 15 分前にご来院いただくよう、患者様にお伝え下さい。

MRI 検査

頭部： 脳 脳血管 MRA

脊椎： 頸椎 胸椎 腰椎

その他：() 検査部位に左右がある場合は明確にご記入ください。

疾患名、検査依頼事項

()

画像データについて

読影結果と一緒に郵送 当日患者様持ち帰り（読影結果は後日郵送させていただきます）

*MRI 検査共同利用依頼書と MRI 問診票を予め FAX いただき、各原本は検査当日患者様に持参いただきますよう、よろしくお願いいたします。

かまくら脳神経外科

鎌倉市城廻 48-1

Tel: 0467-81-4650 Fax: 0467-81-4660