

MRI 検査依頼票（診療情報提供書）

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

● 事前に下記のチェックをお願い致します。

心臓ペースメーカー、除細動器、人工内耳、神経刺激装置 あり なし
体内金属 あり () なし
刺青、アートメイク あり なし
持続血糖測定器 あり なし

*ありの場合は検査できないことがあります。当院にお問い合わせください。

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 検査依頼票原本は検査当日患者様にご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