

石切生喜病院 MRI検査 予約依頼書

希望日：

医療機関名：

紹介状（診療情報提供書）も添えてご返信ください。

医師名：

●患者基本情報（当院受診歴ある場合、IDも記載して下さい ID:)

フリガナ	生年月日
患者氏名 様 男・女	年 月 日

★MRI安全確認 必ずチェックしてください

- ・ペースメーカー なし
- ・妊娠 なし
- ・閉所恐怖症 なし
- ・歩行移動 可能
- ・金属製の装具 なし あり
- ・体内金属の確認 なし あり⇒名称： 部位：

●MRI検査部位

- ・頭部
- ・頸部MRA
- ・頸椎
- ・胸椎
- ・腰椎
- ・肝臓
- ・両股関節
- ・MRCP
- ・膝（右・左）
- ・肩（右・左）
- ・子宮 / 卵巣
- ・その他(

※折り返し、予約票をFAX致します。患者様に紹介状・検査データ・画像等と予約票をお渡し頂き、当日、初診受付に提出頂きますようお願い致します。

石切生喜病院 地域医療連携室

直通TEL： 072-988-3284

直通FAX： 072-988-3624

予約受付時間（祝日は除く）

月～ 9：00～19：30

土 9：00～12：00