

MRI 検査依頼票 (診療情報提供書)

服部あたまクリニック

TEL : 072- 840- 0929

(ハシレ アタマクリニック)

FAX : 072- 840- 8109

(ハシレ ハットリケン)

枚方市駅、宮之阪駅から徒歩8分
イズミヤ枚方方向かい、駐車場有り

ふりがな	
氏名	男・女
生年月日	
T・S・H	年 月 日 (歳)

連絡のとれる電話番号 (携帯など)
— —

予約日時
月 日 () 時 分

依頼元医療機関名 :
TEL :
FAX :
御担当医師 :

臨床診断 :
経過 :
希望検査部位 頭部 : 脳、脳血管・副鼻腔・聴器・その他 () 脊髄 : 頸椎・胸椎・腰椎・その他 () 四肢 : 肩関節・膝関節・その他 () 腹腔内 : 部位や造影など、詳細あれば以下に↓

◎重要患者様情報 ○をつけてください!

- ペースメーカー : あり・なし
- 人工内耳 : あり・なし
- 入れ墨 : あり・なし
- 体内金属 : あり・なし
- 閉所恐怖症 : あり・なし
- 妊娠の可能性 : あり・なし

MRI 予約方法
1. 先ずお電話ください。
2. 日時を決めます。その後この用紙に記入し Fax してください。
3. 当日患者様は、15分前までに紹介状 (この用紙) と保険証、(医療証) をお持ちください。
4. データを CD-R に収め、患者様にお渡しします。脳、脊髄は同日結果ご説明します。