

MRI 検査依頼書

センター北 脳と皮膚のクリニック

TEL 045-482-5715

FAX 045-482-5721

〒224-0003 横浜市都筑区中川中央 1 丁目 1-3

ショッピングタウンあいたい 1F

紹介元医療機関	
紹介元医師	
TEL	
FAX	

フリガナ 患者氏名				
性別		生年月日	年 月 日 (歳)	
TEL			携帯電話	

検査目的	
既往歴および経過	
備考	

以下の方は当院で検査を受けられません	左記以外の体内金属がある場合は記入してください
- 心臓ペースメーカー、ICD がある方 - 神経刺激装置がある方 - 人工内耳がある方 - 可動式義眼がある方 - 乳房エキスパンダーがある方	何を いくつ頃入れたか
	検査結果提供 *読影結果は翌日以降のお渡しとなります
	・CD-R ☐ 郵送 ☐ 本人渡し
	・読影結果 ☐ 郵送 ☐ FAX ☐ 不要

検査部位 *同日に複数部位の検査をすることはできません					
☐ 脳+脳血管	☐ 眼窩	☐ 頸椎	☐ 肝・胆・膵	☐ 肩関節(右・左)	☐ 股関節(右・左)
☐ 脳+VSRAD	☐ 副鼻腔	☐ 胸椎	☐ 腎臓・副腎	☐ 肘関節(右・左)	☐ 膝関節(右・左)
☐ 下垂体	☐ 口腔	☐ 腰椎	☐ 子宮・卵巣	☐ 手関節(右・左)	☐ 足関節(右・左)
☐ 内耳	☐ 唾液腺	☐ 仙尾骨	☐ 前立腺	☐ 手指 (右・左)	☐ 足趾 (右・左)
☐ 頸部血管	☐ 頸部	☐ 縦隔	☐ 膀胱		

検査日程 月 日 (曜日) : ~