

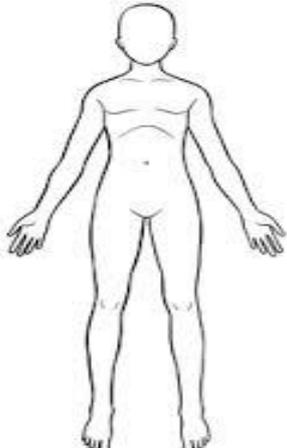
MRI検査依頼書

医療法人 青木医院 青木院長行

申込み日 年 月 日

ご紹介元医療機関名	電話番号	—	—
御担当医師名	FAX番号	—	—

◆検査部位 (□にチェックしてください)

<input type="checkbox"/> 造影あり		<input type="checkbox"/> 骨盤腔(子宮・卵巣・前立腺)	
<input type="checkbox"/> 頭部MRI(下垂体・内耳・眼窩・)		<input type="checkbox"/> 肩関節(R / L)	
<input type="checkbox"/> 頭部MRI+頭部MRA		<input type="checkbox"/> 肘関節(R / L)	
<input type="checkbox"/> 頭部MRI+頭部・頸部MRA		<input type="checkbox"/> 手関節(R / L)	
<input type="checkbox"/> 頸椎		<input type="checkbox"/> 股関節(R / L)	
<input type="checkbox"/> 胸椎		<input type="checkbox"/> 膝関節(R / L)	
<input type="checkbox"/> 腰椎		<input type="checkbox"/> 足関節(R / L)	
<input type="checkbox"/> 仙骨		<input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> 頸部			
<input type="checkbox"/> 胸部			
<input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・腎・MRCP・)		<input type="checkbox"/> MRA胸部血管・腹部血管・下肢<膝まで	

◆診療情報(検査目的・内容) (1検査1部位とさせていただきます)

1、診察も必要

⇒ お電話にてご予約下さい

2、診察不要 ・ 画像データ(CD-R)要 ⇒ WEB 又はお電話にてご予約ください

◆患者氏名			
保険者番号	本人・家族・高齢者	公費	
記号	番号		
自己負担割合	割	事故・労災・自賠責・第三者行為	

当院受診歴	有 (ID) 無
ご予約確定済の方	月 日 時 部位 ()
ご予約未確定の方	第一希望 (月 日) 第二希望 (月 日)

◆お問い合わせ先： 医療法人青木医院

電話：075-313-7038

月・金 18時まで

火・木 20時まで

水・土 14時まで

FAX：075-313-7083

※FAXは24時間受付可