ＭＲＩ検査依頼書

ふりがな 氏　名	生年月日 年　　月　　日
貴医院名・依頼医師名 医師	

検査予約時間：　　年　　月　　日　　午前／午後　　時　　分からです

※検査開始３０分前までに来院してください

☆臨床診断名（確・疑）および検査目的

診察（ 有 ・ 無 ）	CD-R （ 有 ・ 無 ）
☐ 単純　☐ 造影　☐ 単純＋造影	
☐ 頭部 ☐ 一般ルーチン　（ＭＲＩ　＋　Ａ） ☐ 脳幹部 ☐ 下垂体 ☐ その他［　　］ ☐ 脊椎 ☐ 頚椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 関節 ☐ 右　☐ 左 ［　　］	☐ 胸　部［　　］ ☐ 腹　部 ☐ 上腹部［　　］ ☐ 下腹部［　　］ ☐ 骨盤部［　　］ ☐ その他［　　］

転帰
☐ 検査当日、貴院での診察
☐ 検査当日、藤脳クリニック（　　）医師外来での診察
☐ 後日、（貴院・藤脳クリニック）での診察

☆その他特別な指示事項

〒４５８-０８１６　名古屋市緑区横吹町１９１８番１
ジャパン藤脳クリニック
（０５２）８７５－２２３８