

## 石切生喜病院 MRI検査 予約依頼書

希望日：

紹介状（診療情報提供書）も添えてご返信ください。

医療機関名：

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（日・祝日除く）

月～金 9：00～17：00

土 9：00～12：00