

MRI 検査依頼票

年 月 日

PICTORU いずも画像診断室 行

FAX 0853-25-8512 / TEL 0853-25-8511

1 ご紹介元医療機関 診療受付時間を過ぎての申込は翌日の連絡とさせていただきますのでご了承願います。

医療機関名			
ご担当医師名 (診療科)	()		
連絡先	電話	- - / FAX	- -

2 ご紹介患者様

ふりがな		男 ・ 女	えだクリニック受診歴 無 ・ 有 ・ 不明
患者様氏名			
生年月日	年 月 日	歳	ID ()
連絡先電話番号	-	-	
体内金属の有無	無 ・ 有 (ペースメーカー・ICD・人工内耳・その他 ())		

3 ご希望検査内容 造影検査は eGFR45 以上とさせていただきますのでご了承願います。

造影の有無	無 ・ 有 ()	eGFR () ※造影検査必須
頭部・頸部・胸部・乳房・腹部・骨盤部・膀胱 脊椎 (頸・胸・腰) : 高位 ()		
四肢 (上腕・肩・肘・前腕・手・股・大腿・膝・下腿・足) : 右・左・両側		
その他 ()		

4 ご希望日時

①	月	日	午前・午後 () 時
②	月	日	午前・午後 () 時
③	月	日	午前・午後 () 時

確定日時			
月	日	午前 ・ 午後	
		時	分

ご紹介有り難うございました。

折り返し上記 FAX 宛てに本用紙を送付いたしますので、以下の予約票を持ってご来院いただきますよう患者様にご案内願います。

キリトリ線

MRI 検査予約票 (検査当日必ずお持ちください)

お名前	えだクリニック ID
様	
ご予約日時	検査 4 時間前からの絶食
月 日 () 時 分	要 ・ 不要

- ご予約日時の **15 分前**には受付窓口にお越しください。
- 間に合わない場合は 30 分前までに下記までご連絡ください。

当日お持ちいただくもの

- ① MRI 検査予約票 (本用紙)
- ② 保険証
- ③ 紹介状
- ④ 問診票



PICTORU いずも画像診断室 (TEL 0853-25-8511)

〒693-0001 出雲市今市町藤ヶ森 2074