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

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

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

造影の有無　無　・　有　（　eGFR（　　）　※造影検査必須）

検査部位（該当項目に☑）

□頭部　□頭部＋血管　□頚部　□頚部＋血管
□胸部　□乳房　□腹部　□骨盤部　□膀胱　□肝臓　□MRCP
□頚椎　□胸椎　□腰椎
□肩　□肘　□手　□股関節　□膝　□足　□右側　□左側　□両側
その他（　　）

4 ご希望日時

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

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 ----------

お名前	様	えだクリニック ID	
ご予約日時	**月　日（　）　時　分**	検査 4 時間前からの絶食	**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下記までご連絡ください

当日お持ちいただくもの
①MRI 検査予約票（本用紙）
②マイナ保険証 または 資格確認証
③紹介状
④MRI 検査問診表・同意書
⑤えだクリニック診察券（お持ちの方）

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

