

土庫病院 MRI 検査予約依頼書

下記必要事項を漏れなく ご記入いただき、土庫病院 地域医療連携課へFAX下 さい。	貴院名	
	所在地	〒
	TEL	
	FAX	
	医師氏名	

ふりがな		生年月日	性別
患者氏名		年 月 日生 (歳)	男・女
患者住所	〒 TEL () -		
保険者番号		公費負担者番号	
記号	番号	公費受給者番号	
被保険者との続柄	本人・家族	当院受診歴	無・有

- ◎身長を教えてください (cm)
- ◎体重を教えてください (kg)
- ★検査部位 ※一つに限定してください**
- 頭部 MRI (頭部ルーチン[MRA 含む])
 オプション 頸部 MRA
 VSRAD (追加コスト不要)
※VSRAD…脳の萎縮度を調べる検査
- 頸部 MRI 頸部 MRI+MRA
- 上腹部 MRI (肝・胆・膵・腎・脾)
 オプション MRCP (追加コスト不要)
 MRU (追加コスト不要)
- 下腹部 MRI (前立腺・子宮・卵巣・痔ろう・直腸)
- 脊椎 MRI (全脊椎 [SAG, COR]・頸椎・胸椎・腰椎)
- 四肢 MRI (右・左) (手・肘・肩・股・膝・足)
- ★検査方法**
- 単純
- 造影 (ガドピスト・EOB)
※EOB…肝細胞性造影剤
(肝腫瘍の血流評価や肝細胞機能評価が可能)

★造影を依頼のみご記入下さい

- ・ eGFR :
 - ・ 喘息 (+ ・ -)
 - ・ アレルギー (+ ・ -)
- [内容 :]

★依頼目的

病歴や検査の目的、詳しい部位などを
できるだけ詳細にご記入ください

希望日	都合の悪い日	予約に関する特記事項
① 年 月 日 () 午前・午後		
② 年 月 日 () 午前・午後		

※お問い合わせは 土庫病院 相談連携室 地域医療連携課 TEL : 0745-53-5471 (代) / FAX : 0745-53-5599 (直)