福島生協病院　　依頼日　　年　　月　　日

ＦＡＸ番号　082-292-3512

医療機器共同利用　MRI検査依頼書

検査希望日	①　　月　　日（　　）希望時間（　　～　　）		
	②　　月　　日（　　）希望時間（　　～　　）		
フリガナ		当院受診歴　（有　・　無　・　不明　）	
患者氏名		当院ＩＤ　（　　）	
生年月日　　年　　月　　日（　　歳）		性別　男　・　女	
住　所		電話　　－　　－ 携帯（その他連絡先）	
紹介元 医療機関名		ＴＥＬ　　－　　－ ＦＡＸ　　－　　－	
医師名			
撮影部位	□ 頭部 (MRA　あり・なし) □ 頸部 □ 腹部(肝のみ・胆、膵のみ・腎、副腎のみ) □ 骨盤腔 □ DWIBS（体幹部転移検索） □ 股関節　（ R　・　L ） □ 脊椎　（頚椎・胸椎・腰椎・仙尾骨） □ 上肢（ R・L　部位　　） □ 下肢（ R・L　部位　　） □ その他（　　） □ MRCP	診断名・主症状・撮影目的・撮影条件指示 読影レポート　□ **要**　□ **不要** ＊必ずチェックをお願いします	

チェックリスト			
心臓ステント・心臓弁	有　・　無	その他の体内金属	有　・　無
ペースメーカー	有　・　無	妊娠	有　・　無
人工関節	有　・　無	入れ歯	有　・　無
脳動脈クリップ	有　・　無	閉所恐怖症	有　・　無
脳室・腹腔（V-P）シャント	有　・　無		

TEL 082-292-3260

地域医療連携室（直通）

複数部位のご依頼では、お時間が空いてしまう、またはその日程内で全ての部位が撮像できない場合がございます。お電話での予約の際に正確に依頼部位をお伝えください。