

MRI依頼箋 (ご依頼元医療機関控え)

1) ご希望の日時を電話でお知らせ下さい。

予約のお電話は、平日8:30～6:30、土日祝は8:30～13:00です。

058-379-2300

(大岡脳神経外科・リハビリクリニック)

撮影可能時間

・平日 8:40～11:10 2:40～5:10

・土日祝 8:40～11:10

お急ぎの場合は、できるだけ対応しますので、その旨お伝え下さい。

2) 以下の事項をご記入後、2枚目を患者さんにお渡し下さい。

お名前:	電話:			
予約日時:	月	日()	時	分

3) 特記事項 (必要時のみ。情報提供書でも構いません。)

()

4) 撮影部位 (複数部位の場合は検査日を分けていただけると幸いです。)

頭部、 頚椎、 胸椎、 腰椎、 膝、腎臓 (読影なしです。)

5) 撮影方法

おまかせ

特別指示

・T1 T2 Flair 横断 矢状断 冠状断

・MRA (頭蓋内 頚動脈起始部 椎骨脳底動脈)

・造影

・その他()

6) 結果について

結果とフィルムを (患者さんに渡す・別便で届ける・いずれも可)

結果報告だけでよい。(郵送・ファックス・いずれも可)

フィルムのコピー (1枚525円です。)