いずみの病院　MRI検査　　依頼票

フリガナ 患者氏名　　様 （T・S・H） 生年月日　　年　月　日　（男・女） 身長　　cm ・ 体重　　kg いずみの病院でのID： （当院受診歴のある方）	依頼施設名　： 電話番号　： FAX番号　： 依頼医師　： FAX送信者　：

希望日時	第一希望	年	月	日（　　）	時頃 ・ 午前 ・ 午後
	第二希望	年	月	日（　　）	時頃 ・ 午前 ・ 午後

検査部位	＜頭頸部＞ □頭部　□眼窩　□頸部
	＜腹部＞ □腹部　□腹部大動脈（　　）
	＜骨盤部＞ □骨盤部　□膀胱　□前立腺　□骨盤骨
	＜脊椎（髄）＞ □　頚椎　□胸椎　□胸腰椎移行部　□腰椎　□仙骨・尾骨
	＜上肢＞ □肩関節　□上腕　□肘関節　□前腕　□手関節　□手　□上肢血管
	＜下肢＞ □股関節　□大腿　□膝関節　□下腿　□足関節　□足　□下肢血管
	＜その他＞

＜臨床診断・病歴・指示事項＞