

年 月 日

MR依頼書

いわた脳神経外科クリニック
岩田 亮一先生御侍史

TEL : 06-6935-2335
FAX : 06-6935-2336

紹介元医療機関：

医師名：

TEL:

FAX :

フリガナ		性別	男	女	
氏名		生年月日	年	月	日
住所	(〒 -)				
電話番号					

ご希望される撮影部位に☑をお願いします。

- 頭部 (脳) VSRAD ()
- 頸部 MRA
- 頸椎 ()
- 胸椎 ()
- 腰椎 ()
- 全脊椎 ()

病名・検査目的をご記入ください。

何か要望等ございましたらご記入ください。

医療機関様のご要望に合った対応をさせていただきます。ご希望の内容に☑をお願いします。

- 画像検査のみ 画像検査+所見 画像所見+所見+当クリニックによる診察・治療

○頭部MR要望等記載がない場合は、DWI T2* FLAIR 頭部MRA を撮影させていただきます。

○頭部MRは即日診断し、当日中に検査結果をFAXさせていただきます。

○上記部位以外は要相談となるため、お手数ですが当クリニックへご連絡をお願いします。