

# MR I 検査依頼書

検査予約日

年 月 日 曜日 (AM・PM) :

患者様氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

依頼元施設名 \_\_\_\_\_ 先生

撮像部位 (○で囲んでください)

( 単純・造影 )

- ・ 頭部 ( )
- ・ 頸部 ( )
- ・ 胸部 ( )
- ・ 腹部 (肝・胆・脾・腎)
- ・ 骨盤腔 ( )
- ・ 脊椎 (頸・胸・腰) 椎
- ・ 肩関節 (右・左)
- ・ 膝関節 (右・左)
- ・ その他 ( )

～患者様の状態についてお聞かせください～

- ・ 脳クリップの手術を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)
- ・ 心臓ペースメーカーを使用していますか？ (はい・いいえ)
- ・ (女性のみ) 妊娠の可能性はありますか？ (はい・いいえ)

～造影依頼のみ、ご記入ください～

- ・ 喘息の治療経験はありますか？ (はい・いいえ)
- ・ 腎機能障害はありますか？ (はい・いいえ)
- ・ 心疾患はありますか？ (はい・いいえ)

当てはまる場合検査ができないことがあります  
当院に問い合わせください

傷病名

経過・症状

画像 CDR はご希望ですか？ ( はい ・ いいえ )

画像 CDR ご希望のみ (当日患者様お持ち帰り・読影結果と一緒に郵送)

※ 脳・脳血管の読影結果報告は、1～2日後でご報告できますが、  
それ以外の部位は、3～7日後のご報告となります。

予約電話 045-902-9201 FAX 045-902-9221

〒225-0002 横浜市青葉区美しが丘2-17-2  
いとう横浜クリニック 院長 伊藤 桂