年　　月　　日

ＭＲＩ依頼書

TEL：06-6412-0556

FAX：06-6412-0551

まごころ脳神経クリニック

松本 強 先生御侍史

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　□（　　）

□　頚部　MRA

□　頚椎　（　　）

□　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

〇頭部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。

〇頭部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。

〇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お願いします。