

MRI 依頼箋

ご依頼元医療機関名(ゴム印可です)

予約方法

- ・ お電話にて

058-264-7238

- ・ FAXにて

058-216-0161

--

- ・ 患者さんの1)お名前と連絡先、2)ご希望の検査日時、

3)撮影部位、4)結果の伝達方法等をお知らせ下さ

お名前		連絡先	
-----	--	-----	--

撮影日時	月	日	時	分	第一希望
撮影日時	月	日	時	分	第二希望
撮影日時	月	日	時	分	第三希望

撮影部位	頭部	頰椎	腰椎	その他()
結果について	郵送	お持ち帰り	FAX	

特記事項

- ・ この依頼箋を、検査を受けられる方にお渡し下さい。

MRI検査を受けられる方に

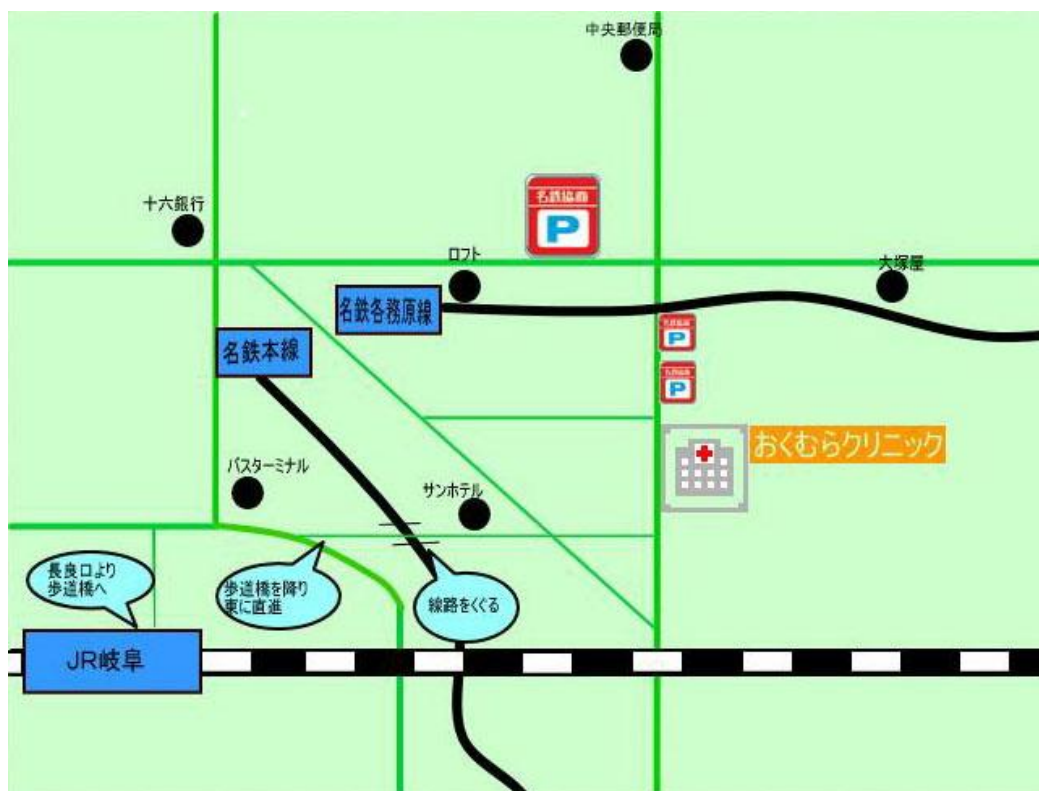
1) 検査日時をご確認下さい。(裏面にあります)

- ・ ご都合により、電話での変更が可能です。058-264-7238

2) 検査当日にお持ちいただくもの

- ・MRI依頼箋(この紙) ・保険証 ・紹介状(お持ちの場合)

3) ご注意 :MRIは安全性が高い検査ですが、磁気を利用した検査ですので、ペースメーカーや人工内耳の使用者などは検査できません。



岐阜市清住町2-16 おくむらクリニック 058-264-7238

お車でお越しの方は、地図の名鉄協商の駐車場におとめ下さい。駐車券を発行いたします。