

まごころ病院CT・MRI検査申込書

TEL 0197-46-2121 FAX 0197-46-2203

検査日	年 月 日 （ 曜日）	検査時間	:	
検査項目 （撮影部位）	☐ C T 検査			
	☐ M R I 検査			
	☐ 1. 脳（ ）	☐ 7. 前立腺	☐ 13. 肘関節（右・左）	
	☐ 2. 認知症解析 VSRAD（MRI）	☐ 8. 骨盤部	☐ 14. 手関節（右・左）	
	☐ 3. 頭頸部（ ）	☐ 9. 頸椎	☐ 15. 股関節（右・左）	
	☐ 4. 胸部（肺・縦隔）	☐ 10. 胸椎	☐ 16. 膝関節（右・左）	
	☐ 5. 腹部	☐ 11. 腰椎・仙椎	☐ 17. 足関節（右・左）	
	☐ 6. M R C P	☐ 12. 肩関節（右・左）	☐ 18. 下肢 MRA（非造影）	
☐ その他（ ）				
患者様情報	フリガナ	男・女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 （ 歳）
	氏名			
	電話 （ ） ※緊急で連絡する場合がございます			
読影レポート	☐ 必要 ☐ 不要			
予想される疾患、指示事項、その他				
申込日 _____ 年 月 日 医療機関名 _____ 代表者名 _____ 住 所 _____ 担当医師名 _____ T E L （ ） F A X （ ）				