

A O I 名古屋病院 MRI 検査申込用紙

F A X : 9 3 2 - 7 1 8 2

ご依頼施設名						
担当医						
(フリガナ) 患者さま氏名					性別 男・女	
生年月日	大正・昭和・平成		年	月	日生	
予約日時	検査日	令和	年	月	日	時 分
検査部位 (一部位に限定)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 脳動脈	<input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 咽・喉頭 <input type="checkbox"/> 頸動脈	<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 肝・胆・膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
その他						
臨床診断						
検査目的						
画像	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> なし (読影結果のみ)					
備考						

※読影結果の郵送は、1週間前後かかります。

諸事情により未着の場合は、下記までお問い合わせください。

A O I 名古屋病院 総務課医事係 TEL : 9 3 2 - 7 1 5 2
放射線室 TEL : 9 3 2 - 7 1 3 8

地域連携・医療福祉相談室