

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・令和		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)	頭部	脊椎	頸部	上腹部	下腹部	四肢
	<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"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 咽・喉頭 <input type="checkbox"/> 頸動脈	<input type="checkbox"/> 肝・胆・膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱	<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"/> CD-R (<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 本人渡し) <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 医事課

TEL : 9 3 2 - 7 1 5 2

放射線科

TEL : 9 3 2 - 7 1 3 8

地域連携・医療福祉相談室