

MRI検査申込書兼予約表

紹介元医療機関名 _____

住所 _____

医師氏名 _____

㊞

連絡先

TEL

FAX

検査日時		年	月	日	来院時間	時	分
検査部位	頭部	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭部MRA	<input type="checkbox"/> 下垂体			
	頸部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸部MRA				
	腹部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> MRCP				
	骨盤	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 卵巣	<input type="checkbox"/> 膀胱	
	脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 仙尾骨		
	上肢	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 肩	<input type="checkbox"/> 上腕	<input type="checkbox"/> 肘	
		<input type="checkbox"/> 前腕	<input type="checkbox"/> 手関節	<input type="checkbox"/> 手掌	<input type="checkbox"/> 手指		
下肢	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 下肢MRA	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 大腿		
	<input type="checkbox"/> 膝	<input type="checkbox"/> 下腿	<input type="checkbox"/> 足関節	<input type="checkbox"/> 足背	<input type="checkbox"/> 足趾		
備考 (検査コメント等)							
患者情報		ふりがな					男 ・ 女
		氏名					
		生年月日	年	月	日	歳	
		連絡先	()				
		緊急連絡先	()				
		住所	〒				

MRI検査申込書送信先FAX番号 048-777-1512

問い合わせ先

医療法人藤仁会 藤村病院 地域医療連携室

TEL048-777-1511 (直通) 048-776-1111 (代表)

〒362-0035 埼玉県上尾市仲町1-8-33