

MR I 検査予約申込書

北茨城市民病院 地域医療連携相談室 あて
FAX 0293-46-7080

年 月 日

医療機関名
F A X
御担当医
医療機関コード

フリガナ 患者様氏名	様 (男・女)
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 () 歳
住所	〒
電話番号	- -
当院の受診歴	有 (年 月頃) ・ 無 →当院 I D 番号 :
保険種類	健保・労災・自賠・生保・その他 ()
受診状況	外来 ・ 入院中

希望検査日： 特になし ・ 第1希望： 月 日 第2希望： 月 日

※ 月曜日～金曜日の午後となります。第2希望までご記入ください。
撮影部位や予約状況により、ご希望に添えない場合もございます。

【検査目的・指示内容】

○ペースメーカー埋没の有無： 有 (年 月頃) ・ 無

○撮影部位

頭部 腹部 M R C P 骨盤 頸椎 胸椎 腰椎

四肢 (部位 R・L) 肩 (R・L) 膝 (R・L)

その他の部位 ()

※ 造影剤使用のMR I 検査依頼撮影は、現在受け付けておりません。

○読影希望： 有 ・ 無

○画像コピー (C D - R) 希望： 有 ・ 無

ご不明な点がございましたら、地域医療連携相談室へお問い合わせください。

北茨城市民病院 地域医療連携相談室
TEL : 0293-46-1121 / FAX : 0293-46-7080