検査申込書　兼　診療情報提供書

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	大正・昭和・平成・令和 年　月　日
			携帯TEL:

紹介元医療機関：名称
所在地
TEL
FAX
医師名

検査日	年　月　日（　）午前・午後　時　分

撮影種類	□単純	□造影	**□CT**	**□MRI**	
撮影部位	□頭部	□頸椎	□胸椎	□腰椎	□胸部
	□顎関節	□上腹部	□下腹部	□骨盤部	□下肢（R・L）
	□肩関節（R・L）		□股関節（R・L）		□その他
	□肘関節（R・L）		□膝関節（R・L）		（　）
	□手関節（R・L）		□足関節（R・L）		

※病名

※ご依頼の理由

※造影検査の場合は必ず記載してください

体重：　kg　クレアチニン：　ml/dl

※CD-R　□患者渡し　□郵送

◆検査前注意事項◆

・心臓ペースメーカー・人工内耳・埋め込み型除細動器などがある場合には検査は出来かねますので、ご了承ください。
・体内金属がある場合には、スタッフへお申し付けください。
・妊娠の可能性がある方は、スタッフへお申し付けください。

鎌倉脳神経MRIクリニック
〒248-0012　鎌倉市御成町1-12江ノ電鎌倉ビル３階
TEL 0467-23-6737 / FAX 0467-23-6738