

# MRI検査依頼書

(※検査時にこの用紙をお持ち下さい)

鳥取市立病院 患者サポートセンター 宛  
FAX : 0857-37-1587

令和 年 月 日

フリガナ 患者氏名 _____ 様 (旧姓: _____)		貴院名・医師名
住所 〒 _____		依頼医署名 ※直筆でお願いします
電話番号 : _____		
鳥取市立病院の受診の有無 : _____ 有 ・ 無		
生年月日 (男・女)	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	
区分	方向	部位
頭部系		頭部 (MRA有・無) ・ 脳梗塞 ・ 脳変性 ・ 眼窩 ・ 下垂体
頸部系		頸部
椎体		頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎
上腹部系		肝 ・ 腎臓副腎 ・ MRCP
下腹部系		子宮卵巣 ・ 前立腺・膀胱
上肢系	左・右	肩関節 ・ 肘 ・ 手関節
下肢系		股関節 ・ 膝 ・ 足関節

(注) ※ 検査は1部位のみでお願いします。

病名、検査目的、その他の検査上の具体的指示を記入して下さい。

病名・目的	
指示コメント	

希望日時	① いつでもよい
	② 令和 年 月 日 ( ) 時 分 から 時 分
	③ 令和 年 月 日 ( ) 時 分 から 時 分

← ご希望時間は、受付から検査終了のご希望時間ではなく、あくまで受付いただける時間帯のことです。

○ご不明な点は下記までお問い合わせください。

※妊娠の可能性	有 ・ 無
---------	-------

鳥取市立病院 患者サポートセンター

電話(0857)37-1526  
FAX(0857)37-1587(直通)