

MRI検査依頼書 《予約票》

医療法人昭陽会 和歌山南放射線科クリニック
和歌山画像診断センター 担当医 殿

平成 年 月 日

下記の患者様を紹介します。

医療機関の所在地及び名称 _____

科・医師名 _____

電話番号 _____

来院予定日時	平成 年 月 日	午前 午後	時 分			
ふりがな		男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日生	
患者様お名前		様				
患者様ご住所	〒 -		電話番号	(自宅) () -		(携帯)

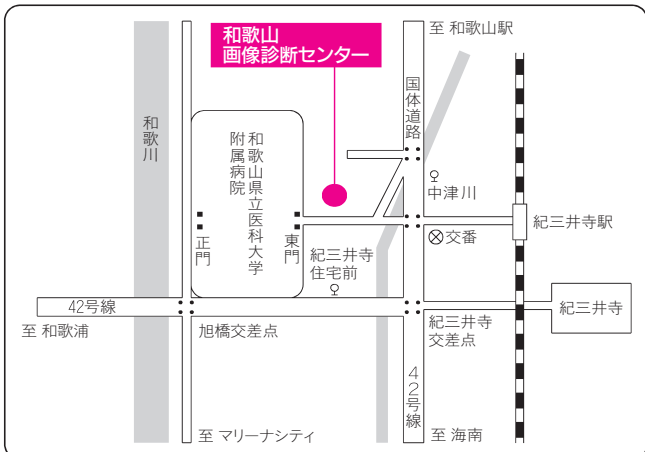
注意事項

- 患者様に持参いただくもの
・MRI検査予約票・問診票
・MRI検査依頼書
保険証 フィルム等 その他 ()
- 食事制限
・頭部、頸部、脊椎、胸部、関節、四肢については、特に制限ありません。
・腹部、骨盤腔については、

午前の検査の方：朝食は摂らないで下さい。
午後の検査の方：午前9時までにお食事はお済ませ下さい。

- 検査当日は、時間に十分余裕を持ってお越し下さい。
なお、当日来院出来ない場合は、必ずお早めに下記のところまでご連絡下さい。
検査の都合上、予約時間どおりにいかない場合がございますが、ご了承下さい。

造影検査をご希望の場合、《造影剤使用について一問診、説明および同意書一》も必ずご記入下さい。



和歌山画像診断センター

医療法人 昭陽会和歌山南放射線科クリニック

〒641-0012 和歌山市紀三井寺870-2
TEL 073-447-3300
FAX 073-447-3636

※撮像に関する特別なご指示は、お手数ではございますが、直接MRI担当技師宛ご連絡下さい。