

MR 依頼箋 (ご依頼元医療機関控え)

1) ご希望の日時を電話でお知らせ下さい。

8 : 40 から 12 : 00 3 : 00 から 6 : 00 (土日除)

(058) 379-2300

(大岡脳神経外科・リハビリクリニック)

撮影可能時間 8 : 40 から 10 : 50

2 : 55 から 4 : 50 (土日除)

2) 以下の事項を記入後、

別紙、MR を受けられる方へを患者さんにお渡し下さい。

お名前 :

電話 :

予約日時 : 月 日 () 時 分

3) 特記事項 (必要時のみ。情報提供書でも構いません。)

4) 撮影部位

(複数部位では検査日を分けていただけると幸いです。)

- 頭部 頸椎 胸椎 腰椎
- 甲状腺 (読影なし) 膝 (読影なし)

5) 撮影方法

- おまかせ T1 T2 Flair 拡散
- 横断 矢状断 冠状断

MRA

(頭蓋内 頸動脈 椎骨脳底動脈 鎖骨下動脈)

6) 結果について

- CD と紙印刷 CD のみ 紙印刷のみ
- 患者さんに渡す
- 別便で届ける
- FAX での報告のみ