

# 山形ロイヤル病院放射線科依頼 MRI 検査申込書

以下の項目をご記入いただき、放射線科宛てにFAX送信をお願いいたします。

年 月 日

山形ロイヤル病院

放射線科 宛

FAX : 0237-42-3080

TEL : 0237-43-8080

医療機関名

診療科名

ご担当医師名

住 所

TEL ( )

FAX ( )

患者様氏名 \_\_\_\_\_  男  女

生年月日 明大昭平 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

住 所 \_\_\_\_\_ TEL ( ) \_\_\_\_\_

山形ロイヤル病院 受診歴  あり  なし

《依頼検査項目》 以下の項目について、検査部位、データ値をご記入いただき  
また、 チェックをお願いいたします。

**MRI** (部位: \_\_\_\_\_)

**造影剤**  使用する  使用しない

(※造影剤を使用する場合は尿素窒素とクレアチニン項目もご記入願います)

尿素窒素 (BUN) ( \_\_\_\_\_ ) mg/dl (基準値 8.0~22.0)

クレアチニン ( \_\_\_\_\_ ) mg/dl (基準値 MO.61~1.04 FO.47~0.79)

**画像**  当日本人へお渡し

※CDでお渡しします  後日読影報告書と併せて病院様へお届け

**読影レポート**  要  不要

注) ペースメーカー、磁性体脳動脈瘤クリップ、大動脈ボール弁、大動脈ステント  
の患者様は検査を受けることができません。

希望日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃 あるいは \_\_\_\_\_ 日以内

検査方法や日時を決定する上で重要ですので、患者様の病歴及び症状や検査デー  
タ、または検査の目的、ご希望などを必ずご記入ください。