

多摩南部地域病院

MRI 検査予約票

ご予約・予約変更・キャンセル等のお問い合わせ

042-373-5489 (予約センター)

平日(月～金) 8:30～19:00

土曜日 8:30～17:00

患者さん氏名:

生年月日:

年 月 日

性別:

男 ・ 女

紹介元医療機関名

医師名

※多摩南部地域病院の診療券をお持ちの方は、ID番号をお伺いします。

造影剤使用

なしあり適宜

※(あり・適宜)

の方は、
造影剤使用の
説明書を読み
問診票・同意書
(MR03)
に必要事項を
記入して、検査
当日お持ちく
ださい。

MR 検査項目：(ご依頼の検査項目に✓してください。)

頭頸部・胸部

頭部頭部血管眼窩副鼻腔下垂体頸部頸部血管胸部

椎体

頸椎胸椎腰椎

上腹部

肝臓胆のう膵臓MRCP脾臓腎・副腎MRU腎動脈(非造影)

下腹部

婦人科骨盤前立腺膀胱・泌尿器その他(骨盤部)関節・四肢 (ひだり みぎ)肩関節上腕部肘関節前腕部手関節手指(第

指)

その他(

)

股関節大腿部膝関節下腿部足関節足足趾(第

趾)

骨盤～下肢動脈(非造影)

予約日時：(予約センターで決定した日付をご記入ください。)

月 日 (曜日) 時 分

検査当日の流れ

予約時間の30分前には御来院ください。

- ① 診療情報提供書(紹介状)と保険証を、1番受付にお出しください。
- ② 50番受付にて、検査の受付と検査室の案内を行います。
- ③ お呼びするまで、案内されたお部屋の前でお待ちください。

■検査当日の服装について

金属を使ったメイクやネイル等はお控えください。

服装によっては検査着への着替えをお願いしております。