

MRI 検査予約依頼票

(FAX用)

予約日時		住所			
年 月 日 ()		〒			
時 分					
氏名 (フリガナ)		性別	生年月日	年齢	
		様	男・女	年 月 日	歳
電話番号	(自)	(携帯)			
撮像部位	依頼施設名		依頼医師署名 (自署)		
角谷整形外科病院 受診歴	有・無	診察券お持ちの方	患者番号		

ご記入に関する注意事項

- ・全項目を必ずご記入をお願いします。(当院受診歴、患者番号が不明な場合は空白で)

※ 依頼施設での事前確認をお願いします。

- 1 心臓ペースメーカー(MRI対応も含む)を使用している方は検査を受けられません。
- 2 今まで手術をしたことがある方。特に脳動脈クリップ、体内に金属が入ってる方。
- 3 刺青、アートメイク等を入れている方。
- 4 閉所恐怖症の方。
- 5 現在妊娠している又は妊娠している可能性のある方。

その他、ご不明な点につきましては下記までお問い合わせ下さい。

社会医療法人スミヤ 角谷整形外科病院

(平日 9:00~18:00)

(土曜日 9:00~12:00)

和歌山市吉田337番地

TEL: (073)433-1161

FAX: (073)432-6054 (事務所)