

王子回生病院 MRI 依頼票

患者様情報
フリガナ
氏名
生年月日 T S H 年 月 日
性別 男 ・ 女
電話番号
備考(身体情報)

診療科
ご担当医師名

検査部位
病名
検査目的
主訴・経過・症状
撮影プラン T2強調画像 (AX ・ SAG ・ COR) T1強調画像 (AX ・ SAG ・ COR) STIR (AX ・ SAG ・ COR) その他にご希望の撮像プランがあれば ご記入お願い致します ()

保険種別	社保 ・ 国保 ・ 後期 本人 ・ 家族
保険者番号	
記号	
番号	
公費名①	
負担者番号	
受給者番号	
一部負担 入:	外:
公費名②	
負担者番号	
受給者番号	
一部負担 入:	外:

送迎 有 ・ 無

検査予約日時
令和 年 月 日 午前 ・ 午後 時 分～

王子回生病院 医事課 FAX 078-928-2527