

# ひやま脳神経外科頭痛めまいクリニック

## MRI 検査依頼票

依頼元		
読影	要 • 不要	
患者氏名 (ふりがな)	( )	
生年月日		
患者様の緊急連絡先	( )	(続柄 )
要配慮事項		
検査部位		
検査目的		
検査日時	年 月 日 :	
手術歴等 (特に体内金属)		

当日は、お着替え等あります。15分前に当院へお越しください。

TEL 06-6388-2274 FAX 06-6388-2275

---当院記入欄---

ひやま脳神経外科頭痛めまいクリニック ID :

検査日

読影日時

担当