

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