MRI 依頼表

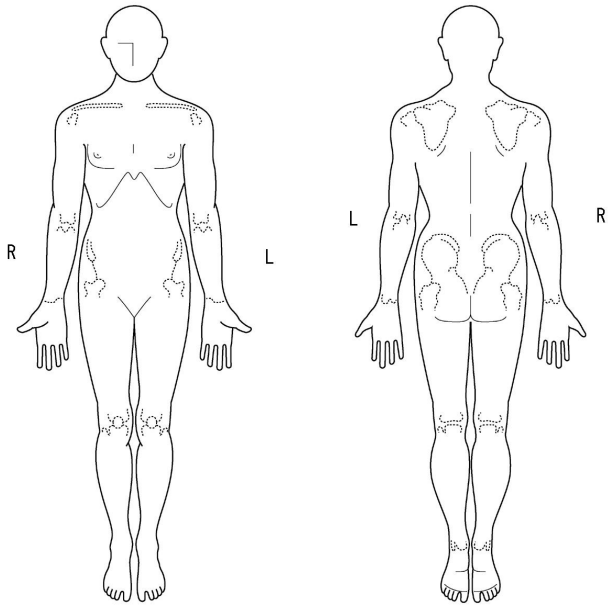
年　　月　　日

紹介先　　医療法人　武蔵野総合病院

科　　担当医　殿

紹介元　　科

医師氏名

患者氏名 （　　才）　男・女
傷病名
撮影部位
撮影方向・条件の記入・図示（ルーチンの場合は不要） 
備考（症状・体内金属等　特記すべき事項ありましたらこちらに記入）

医療法人　武蔵野総合病院

049-244-6340