

MR I 検査依頼書

氏名

MR I No.

様

性別 男・女

医院・病院紹介

生年月日 年 月 日

予 年 月 日 () 医

電話番号 () -

約 時 分 師

住所・カルテ記載と同じ

部	1. 頭部	2. 頰部	3. 腹部	4. 頰椎	5. 胸椎	6. 腰椎	7. 骨盤部
位	8. MRCP	9. 四肢 ()	10. 乳房	11. その他 ()			

plain

enhance

plain & enhance

主		臨床診断	
訴			

要望・その他

検査データを当日必要な場合（患者様に手渡し）はチェックして下さい

HBs (+ -) MRSA (+ -) ワ氏 (+ -) HCV (+ -) その他、感染症 ()

院内使用欄

撮影技師	地域連携室	フィルム枚数	備考
		半切 枚	