

# 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. 頸部 3. 腹部 4. 頸椎 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  
訴

臨床  
診断

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 ( )

独立行政法人 地域医療機能推進機構 三島総合病院 放射線科  
〒411-0801 三島市谷田字藤久保2276 TEL 055-975-3031

2015.06 改訂  
2026.08 改訂