

MRI 検査依頼書 (1)

カルテ保存用

No

氏名

生年月日

科名

性

依頼日

外来	・ 入院	F
検査日	年 月 日	午前 午後 時 分より
依頼施設名		依頼医師名

太ワク内は医師が御記入下さい。

〈検査部位〉	詳細にチェックして下さい	単純・造影	造影剤 ()
頭 部	脳・MRA・()	アレルギー：無・有 ()	
頸 部	喉頭・甲状腺・MRA・()	臨床症状	
脊 椎	頸・胸・腰 ()		
腹 部	肝・胆・膵・腎・MRCP		
骨 盤 部	膀胱・子宮・卵巣		
関 節	(右・左) 膝・肩		
四肢・関節	()		
そ の 他	()		
断層方向	<ul style="list-style-type: none"> ● Axial ● Sagittal ● Coronal ● その他 () 	MRIの所見を希望 (する ・ しない)	
確認事項	<ul style="list-style-type: none"> ● ペースメーカー (有・無) ● 妊 娠 (有・無) ● 体内金属 (有・無) ● イレズミ (有・無) ● 手術 歴 (有・無) ● 体重 () kg 		

所見欄に記載のないものは1枚目と2枚目を切離さないように。

他施設依頼の写真の持ち帰り方法 CD フィルム

診断・検査所見	フィルム 半切× 枚	技師
<p>診断医 _____</p>		

