

M R I 検査依頼票 (診療情報提供書) MRI —

検査実施日		年	月	日()	午前・午後	時	分
氏名				病院名			
生年月日		年	月	日	性別	M・F	
住所 診療録に同じ				医師氏名			
検査部位							
頭部	()	その他	(具体的に記入して下さい)		
頸部	()				
胸部	()				
腹部	(肝・胆・膵)				
腎臓	()				
骨盤腔	()				
脊椎	(頸・胸・腰・仙)				
膝	(右・左)				
肩	(右・左)				
				単純	造影	単純・造影	
検査目的・臨床診断							
使用薬剤				撮影技師			
使用器材				半切 枚			