

MRI検査依頼票

検査実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

時間(午前・午後) _____ 時 _____ 分

医師名 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

▼フィルム出力▲

読影依頼

本人手渡し・依頼元へ郵送・CD-R・不要

有・無

通信欄(診断名・症状・撮影目的等)

M R I 検 査

単 純

頭 部

MRA

頸 部

腹 部

MRCP

骨 盤

椎 体 (_____)

四肢部 (_____)

その他 (_____)

※撮影プロトコル

※プロトコルに指示が無い場合はルーチンで撮影します。