

MRI 検査依頼書

登録番号
氏名
生年月日

科目	内科	外科	小児	整形	形成	脳外	泌尿	婦人	耳鼻	透析	
外来	透析	入院	2 F ・ 3 F ・ 4 F								
指示医		検査医		技師		号室					
検査実施日 年 月 日 () AM・PM :											
急 現				半切		C D		フィルムレス			
時間外											

依頼年月日

住所 カルテに同じ

主症状および検査目的

紹介元医療機関名

住 所

電話番号

診療科

医師名

撮 影 部 位

頭 部	脳	脳血管	内耳
頸 部	咽頭	喉頭	
胸 部	縦隔		
腹 部	肝臓	胆嚢	膵臓 腎臓
骨盤部	子宮	卵巣	膀胱 前立腺
脊 椎	頸椎	胸椎	腰椎
四肢関節	肩	肘	手 股 膝 足
その他	()		
造 影	単純	単純+造影	造影のみ (造影剤：Gd・ ml)
その他の使用薬剤名・量 ()			

読影依頼

あり

なし

画像の媒体

フィルム

・ C D

持ち帰り

・ 宅配便

所 見

診断医