

MRI 検査依頼用紙

カルテ添付用

放射線科保存用

カルテ No				検査日		年		月		日 ()		午前		午後		時		分			
氏名		年齢		性別																	
生年月日		才		依頼病院		病院		科		外来		入院 ()									
発行日				MRI NO .																	
この枠内は依頼事項	確認事項	安静 (不可 可)		検査部位	[頭部]		[腹部]		[脊椎]												
		酸素 (要 不要)			・ルーチン ・MRA		・上腹部ルーチン		・頸椎 ・胸椎 ・腰仙椎												
		ペースメーカー (有 無)		・脳幹部 ・下垂体		・子宮/卵巣・膀胱/前立腺		・MR Myclc													
		体内金属 (有 無)		・眼 ・副鼻腔		・MRCP		[骨/ 関節]													
		手術クリップ等 (有 無)		・Diffusion ・VSRAD		・Dynamic ・SPIO		()													
		点滴器具等付属物 (有 無)		[頸部]		[胸部]		「その他」													
		補聴器 (有 無)		・MRA ・甲状腺		・肺野/		・心/ 大血管													
		体重 Kg																			
医師が記入の事	臨床診断				主訴				造影の有無				有 ・ 無								
	現病歴・依頼目的								造影剤名												
依頼医師名 _____																					
診断医 _____																					
所見																					
CD - R		枚		フィルムコピー枚数 半切				枚		担当技師											