

# MRI検査依頼票

日付:	年	月	日
予約:	時	分	
科名:	科		
指示医師:			
読影:	医師に依頼		
撮影方法: 単純・造影			
外来・病棟(一般・療養)			
妊娠: (+・-)			
重度の閉所恐怖症(有・無)			

検査部位
<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 頭+MRA
<input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎 胸椎 胸腰椎 腰椎 腰仙椎)
<input type="checkbox"/> 関節(手関節 足関節 肘関節 肩関節 膝関節 股関節) (R・L)
<input type="checkbox"/> その他( )
撮影方向
<input type="checkbox"/> coronal <input type="checkbox"/> sagittal <input type="checkbox"/> axial <input type="checkbox"/> routine <input type="checkbox"/> その他( )
その他撮影指示:

診断・検査所見:	
MRI読影医師:	備考:

技師:
-----