

MRI 検査申込書（所見書）

ID カガナ 氏名 大・昭・平・ 年 月 日生 男・女 (歳)	検査日 年 月 日 () 午前 : 午後 : 外来 () 科) ・ドック 2南・2北・3南・3北・3西 (号室)	依頼医 医療機関名 技師
患者の状態 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー 単純 ・ 造影 造影剤 <input type="checkbox"/> オムニスキャン ml シリンジ <input type="checkbox"/> 生食 100ml		
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 () <input type="checkbox"/> 腹部 (肝・胆・膵・腎) <input type="checkbox"/> 肩・肘 (右・左) <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 手関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 胸部 () <input type="checkbox"/> 股関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 手・指 (右・左) <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 骨盤部 (子宮・卵巣) <input type="checkbox"/> 膝 (右・左) <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・胸腰椎移行部・腰椎・仙尾椎) (前立腺・膀胱) <input type="checkbox"/> 足関節 (右・左)		
詳細指示・検査目的 身長・体重 cm Kg		<input type="checkbox"/> 足 (右・左) その他

病歴・臨床経過など

.....

.....

.....

.....

.....

	所見	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要
--	----	----------------------------	-----------------------------

所見

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

年 月 日 読影医