

MRI検査依頼票

登録番号

氏名

生年月日

性別

No.

医師

技師

- ・ 前回撮影 有 無
- ・ 病室 _____ 号室
- ・ 独歩 運搬車
- ・ 感染症の有無 有 無

体重 _____ kg

実施 _____ 月 日
日 時 _____ 時 分

臨床診断

紹介医

部位

PLAIN

C.E.

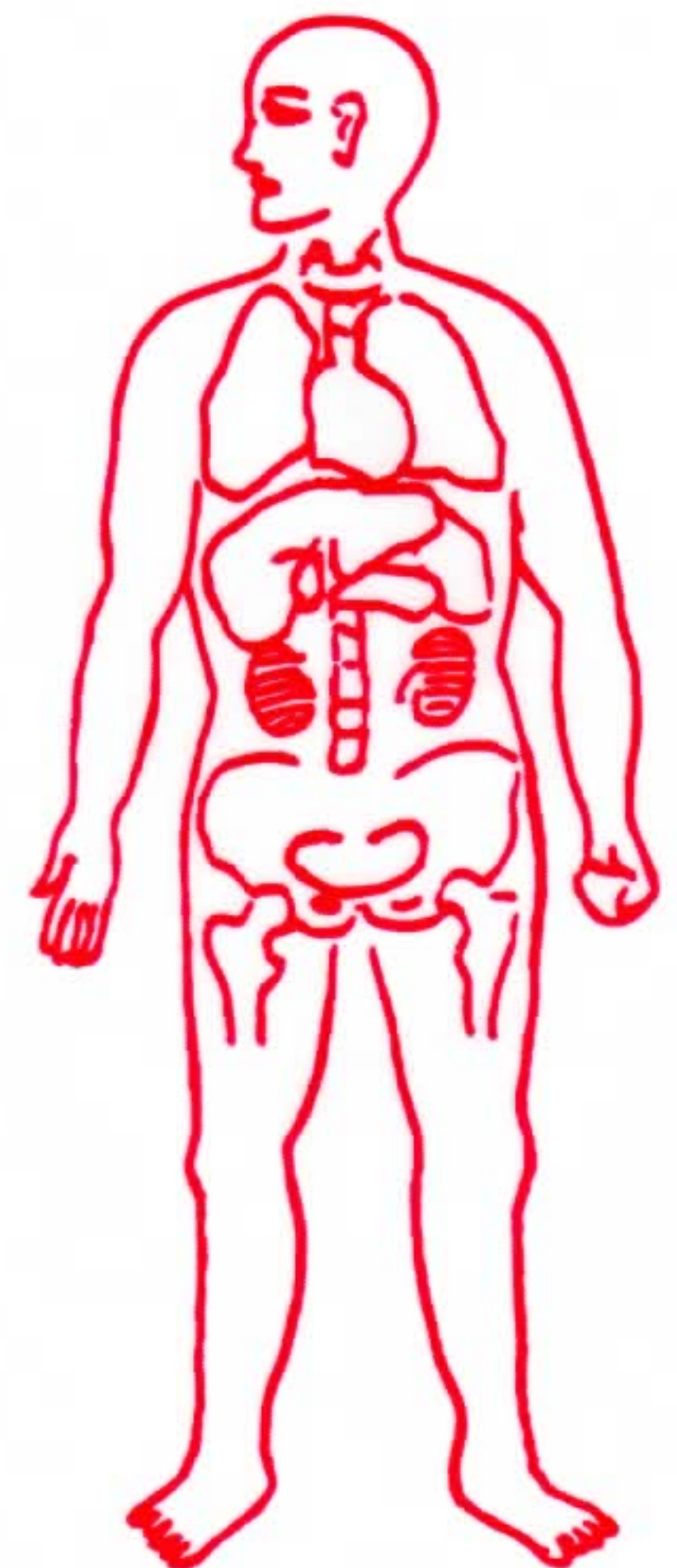
(目的等必要事項を記入して下さい)

撮影方法

- ・ Axi T1, T2, Flair, Proton, STIR, C.E.
T2★, DWI, その他 (_____)
- ・ Sag T1, T2, Flair, Proton, STIR, C.E.
その他 (_____)
- ・ Cor T1, T2, Flair, Proton, STIR, C.E.
その他 (_____)
- ・ MRA (_____)

備考

(薬剤)



	EXAM	FILM	
PLAIN		半	
C.E.		切	

- ・ 体内金属 有 無
- 人口関節・固定用プレート
- 手術用クリップ
- その他 (_____)