

MRI検査伝票

検査予約日時 : 年 月 日 () AM PM 時から

患者情報

フリガナ 名前 :
生年月日 : ^{M S} _{T H} 年 月 日生 (才)
体重 : kg
当院受診歴 : 有 ・ 無

紹介元情報

依頼機関名 :
TEL :
FAX :
依頼医師名 :

検査部位

頭部	脊椎	腹部	上肢	下肢	その他
<input type="checkbox"/> 脳ルーチン (脳+頭部MRA)	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 肩関節 (右・左)	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 脳ルーチン+頸部MRA (脳+頭部MRA+頸部MRA)	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 膵臓	<input type="checkbox"/> 肘関節 (右・左)	<input type="checkbox"/> 膝関節 (右・左)	
	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 手関節 (右・左)	<input type="checkbox"/> 足関節 (右・左)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> (右・左)	<input type="checkbox"/> (右・左)	

検査目的・注意事項

--

画像読影報告書 要 ・ 不要 どちらかに○をつけてください。

(画像読影は、専門業者に委託していますので、撮影翌日以降の返却になります)

※注意事項

- ・患者情報(フリガナ、体重など)の、記入漏れがないようにお願いします。
- ・より良い撮影を行うために、検査目的・注意事項の記入をお願いします。
- ・安全に検査をするために、MRI問診票の記入もお願いします。

以下は当院が使用しますので、記入しないでください。

ID:	CD-R作成チェック <input type="checkbox"/>	医師:	技師:
-----	-------------------------------------	-----	-----