ＭＲ検査依頼書

医療機関名：　　主治医：
電話番号　：　　担当者：

フリガナ	男・女　　才
氏名	M・T・S・H　　年　　月　　日生
情報形態　　CD　・　Film　希望	体　重　　Kg

臨床診断名	
手術歴	
現病歴	
検査目的	造影剤：無　・　有（腎機能必須）

検査部位　□頭部　□脊椎（頚椎・胸椎・腰椎）　□骨盤部(婦人科・前立腺)

□眼窩　□頸部(耳鼻科領域)　□　肩　・　肘　・　手 関節(右・左)

□手関節（右・左）　□股関節（右・左）　□足関節（右・左）

□その他（　　）

※撮像シーケンスなど指定したい場合は下記にご記入下さい。

- T2強調画像　　AX　・　SAG　・　COR　・　その他（
- T1強調画像　　AX　・　SAG　・　COR　・　その他（
- FLAIR　　AX　・　SAG　・　COR　・　その他（
- STIR　　AX　・　SAG　・　COR　・　その他（
- 造影T1（腎機能必須）　AX　・　SAG　・　COR　・　その他（
- MRA　　造影　（　無し・有り〈腎機能必須〉）
-
-

要望事項

予約日時　　年　　月　　日（　　）　　時　　分

医療法人治久会　もみのき病院