ＭＲＩ検査依頼書

カルテ
No.

氏　名

生　年
月　日

フィルム
No.

撮影者　　半切　　枚

検査日時	平成　年　月　日 午前・午後　時　分
検査部位	・頭部　・頚部　・胸部　・腹部 ・骨盤部　・その他（　　） ・ＭＲAngio（部位　　） ・ＭＲＣＰ ・頚椎　・胸椎　・腰椎　・仙尾骨 （第　　椎中心）・（　　含む） 関節　　骨 ・その他（　　）
患者の状態	ペースメーカー 無・有 / 脳動脈瘤クリップ 無・有 / 心臓人工弁 無・有 閉所恐怖症 無・有 / 刺青 無・有 / 入れ歯・補聴器 無・有 妊娠 無・有 / 撮影後の診察 無・有（予約日　月　日） その他の体内金属(部位、材質) 無・有

臨　床（特殊な指示は図式にて詳細に記入下さい）
経　過

依頼Dr.

ＭＲＩ診断

診断Dr.

医療法人　慈心会　あびこ病院