ＭＲＩ検査申込書（所見書）

ID
ﾌﾘｶﾞﾅ

氏名　　様

昭・平・令・　　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　□歩行　□車椅子　□ストレッチャー

単純　・　造影

造影剤　□ガドビスト　１０ml　□ＥＯＢプリモビスト　１０ml　□生食　500ml　100ml

□ 頭部	□ 頚部（　　）	□ 腹部（肝・胆・膵・腎）	□ 肩・肘（右・左）
□ 頭部ＭＲＡ	□ 頚部ＭＲＡ	□ ＭＲＣＰ	□ 手関節（右・左）
□ 下垂体	□ 胸部（　　）	□ 股関節（右・左）	□ 手・指（右・左）
□ ＶＳＲＡＤ	□ 腹部ＥＯＢ	□ 骨盤部（子宮・卵巣）	□ 膝（右・左）
□ 脊椎（頚椎・胸椎・胸腰椎移行部・腰椎・仙尾椎）		（前立腺・膀胱）	□ 足関節（右・左）
			□ 足（右・左）
			□ 下肢（ＭＲＡ）
			その他

詳細指示・検査目的

身長・体重　cm　Kg

病歴・臨床経過など

所見　□ 要　□ 不要

所見

年　　月　　日 読影医

医療法人　樫本会　　樫　本　病　院