

# 診療情報提供書（MRI検査依頼票）

検査日	年 月 日	依頼科		
		外来・入院・検診・ドック		
予約時間	時 分	依頼医		
ID			MRI No.	
ふりがな		性別 男・女	生年月日	T・S・H・R
氏名				年 月 日
結果	FAX・郵送・読影不要		身長・体重	cm kg
病名（主訴）				
検査目的（具体的に記入をお願い致します。）				
検査指示：単純			食事制限	無・朝禁・昼禁
検査部位（検査部位に○印をお願い致します。）				
1. 頭部	脳・下垂体・内耳道		7. 上肢（右・左）	
2. 頭頸部	眼窩・副鼻腔・頸部		肩関節・肘関節・手関節	
3. 脊椎	頸椎・胸椎・腰椎・仙骨		その他（ ）	
4. 上腹部	肝・胆・膵・腎・MRCP		8. 下肢（右・左）	
5. 骨盤部	前立腺		股関節・膝関節・足関節	
6. MRA 頭部	頸部		その他（ ）	
			9. その他（ ）	
撮影条件（特に希望があればご記入ください）				
* 今回の検査・症状は事故によるものですか （はい・いいえ）				