

医療機器共同依頼書（MRI）

患者氏名	様	生年月日	年 月 日
希望予約日	20 年 月 日		(歳)
紹介元医療機関の所在地及び名称			
依頼日	20 年 月 日	医師氏名	
読影	☐ 必 要 ☐ 不 要		

検査機器	検査部位	単純・造影
MRI	☐ 頭部	☐ 単純 ☐ 造影 ☐ 単純＋造影
	☐ 膝（みぎ）	
	☐ 膝（ひだり）	
	☐ 肩（みぎ）	
	☐ 肩（ひだり）	
	☐ 頸椎	※ eGFR値 _____ 採血日 20 年 月 日 _____ ※ 造影、単純＋造影のご依頼の場合は、 eGFR値と採血日【検査予定日から3ヵ月以内】を 必ず記載してください。
	☐ 胸椎	
	☐ 腰椎	
	☐ 両股関節	
	☐ MRCP	
	☐ 肝臓（EOBプリモビスト）	
	☐ 子宮・卵巣	
	☐ 前立腺	
	☐ 上肢（肩以外： ）	
	☐ 下肢（膝以外： ）	
☐ 体幹部（ ）		
☐ その他（ ）		
傷病名		
検査目的		