

医療機器共同依頼書 (MRI)

FAX番号：0256 - 33 - 5836

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	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		

検査機器	検査部位	単純・造影
MRI	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 単純
	<input type="checkbox"/> 膝 (みぎ)	
	<input type="checkbox"/> 膝 (ひだり)	
	<input type="checkbox"/> 肩 (みぎ)	<input type="checkbox"/> 造影
	<input type="checkbox"/> 肩 (ひだり)	
	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 単純+造影
	<input type="checkbox"/> 胸椎	
	<input type="checkbox"/> 腰椎	
	<input type="checkbox"/> 両股関節	※ eGFR値
	<input type="checkbox"/> MRCP	
	<input type="checkbox"/> 肝臓 (EOBプリモビスト)	
	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	採血日 20 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 前立腺	
	<input type="checkbox"/> 上肢 (肩以外： )	※ 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。
	<input type="checkbox"/> 下肢 (膝以外： )	
<input type="checkbox"/> 体幹部 ( )		
<input type="checkbox"/> その他 ( )		
傷病名		
検査目的		