

ID

MRI

検査依頼票(照射録)

氏名
性別
生年月日
医師

検査日	午前	時	分
年	月	日	()午後
科名	外入	フィルム	枚
病室			
技師		撮影条件	
依頼病院・医院			
TEL			

検査目的・主症状

部位 (目的部位をはっきり限定して下さい)

頭部	脊椎	胸部	腹部	骨盤部	四肢
1. ルーチン (T ₁ , T ₂)	1. 頸椎	1. 肺野	1. 肝・脾臓	1. 膀胱	1. 両股関節
2. フレアー	2. 胸椎	2. 縦隔	2. 胆のう・胆道	2. 子宮卵巣	2. 肩関節()
3. DWI	3. 腰椎	3. その他	3. 脾臓	3. 前立腺	3. 膝関節()
4. 頭部MRA	4. その他		4. 腎臓(R.L)	4. その他	
5. その他	5. 頸部MRA		5. その他		

撮影方法 (希望するところに○をつけて下さい)

1. 単純
2. 造影

造影剤名

1. ガドテリドール17ml

検査所見

Dr _____