

# MRI検査依頼申込票

## (診療情報提供書)

検査日	年      月      日	時	分
フリガナ 氏名			性別 男 女
	様		
生年月日	昭・平・令      年      月      日	体重	kg
施設名		医師	

臨床診断名	検査部位及び目的 (詳細にお願いします)
病歴及び症状	
MRI Image & slice	造影剤の有無
1. Routine 2. T1 (Ax・Co・Sa・Ob) 3. T2 (Ax・Co・Sa・Ob) 4. Proton (Ax・Co・Sa・Ob) 5. その他	1. Plain 2. Enhance