

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
	様			女
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 (詳細をお願いします)	
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	