

# MR検査依頼書

※本紙を検査当日にご持参いただき、受付へご提出下さい。

年 月 日

医療法人 弘仁会 志村病院

医事課 行

TEL:029-221-2181

FAX:029-226-2820

紹介元医療機関

所在地

TEL

FAX

医師氏名

先生

(フリガナ)		性別	生年月日
患者氏名		男・女	大・昭・平・令 年 月 日
検査日	年 月 日	AM PM	時 分

臨床診断	
及び	
撮影目的	

単純MR 単純+造影MR

部位	頭頸部	脊椎(髄)	体幹部	四肢・乳房・その他
	<input type="checkbox"/> 頭部(□頭部MRA)	<input type="checkbox"/> 頸椎(□MRミエロ)	<input type="checkbox"/> 腹部( )	※記入して下さい
	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 胸椎(□MRミエロ)	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> ( )関節
	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 腰椎(□MRミエロ)	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	<input type="checkbox"/> 乳房
	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 仙椎(□MRミエロ)	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> その他( )

MRA	<input type="checkbox"/> 頭部MRA	<input type="checkbox"/> 頸部MRA	<input type="checkbox"/> 腹部MRA	<input type="checkbox"/> 下肢MRA
	<input type="checkbox"/> その他MRA( )			