

M R 検 査 依 頼 書

医療機関名：

主治医：

電話番号：

担当者：

フリガナ	男・女	才
氏名	M・T・S・H	年 月 日生
情報形態	CD ・ Film 希望	体 重 Kg
臨床診断名		
手術歴		
現病歴		
検査目的	造影剤：無 ・ 有（腎機能必須）	
検査部位	<input type="checkbox"/> 頸部(耳鼻科領域) <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>	
※撮像シーケンスなど指定したい場合は下記にご記入下さい。		
<ul style="list-style-type: none"> ・ T2強調画像 AX ・ SAG ・ COR ・ その他（ ・ T1強調画像 AX ・ SAG ・ COR ・ その他（ ・ FLAIR AX ・ SAG ・ COR ・ その他（ ・ STIR AX ・ SAG ・ COR ・ その他（ ・ 造影T1（腎機能必須） AX ・ SAG ・ COR ・ その他（ ・ MRA 造影 （ 無し・有り（腎機能必須） ・ ・ 		
要望事項	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 100px; margin-top: 10px;"></div>	
予約日時	年	月 日（ ） 時 分