

MRI 検査票

カナ氏名		検査日	年 月 日
患者氏名		依頼医師	
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
造影	なし ・ あり	Cr 値 (造影時記入)	
撮影部位	頭部 脊椎 (頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎) 頸部 四肢 () 腹部 その他 () 骨盤部 ()		
フリーコメント (撮影方法、検査依頼目的などお書きください)			
		撮影者	