|  |
| --- |
| 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 |
| 撮影部位 | 頭部頚部腹部骨盤部（　　　　　　　） | 脊椎 （頚椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎）四肢 （　　　　　　　 　　 ）その他 （　　　　　　　　　） |
| 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 |  |

医療法人社団 誠弘会 池袋病院