|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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