

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 頸部 腹部 骨盤部() 脊椎（頸椎 ・ 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	