

MR I 検査依頼票

カナ 氏名	様	診療科(外来・入院)	指示医師
		検査年月日	検査時間
		術式 Plain・Enhance ()	体重 k g
		患者移動 歩行・車椅子・ベット・ストレッチャー	
		感染症(＋・－) MRSA・HB・HCV・ワ氏・その他 ()	

頭部		脳	胸部		縦隔	骨盤		骨盤腔
		頭部MRA			心臓			前立腺
		下垂体			冠動脈			膀胱
		聴神経			胸部大動脈	脊椎		頸椎
		眼窩(右・左)			乳腺(右・左)			胸椎(中心)
		副鼻腔			肝臓(Gd・EOB)			腰椎
頸部		その他	腹部		MRCP	四肢		肩関節(右・左)
		頸部			脾臓			股関節(右・左)
		頸部MRA			腎臓・副腎			膝関節(右・左)
		唾液腺			腹部大動脈			上肢()
		その他			腎動脈			下肢()

検査目的・指示事項（必ず記入をお願いします）

☐ 読影希望

撮影部位			造影剤		数量	医療材料		数量
術式	単純	造影	ガドピスト	5m l		生食(20m l)		
電子画像管理加算	有	無	ガドピスト	7.5m l		生食(100m l)		
CD・DVD			マグネコップシリンジ	10m l		生食(250m l)		
			マグネコップシリンジ	15m l				
			ボーステル内用液10	250m l		担当技師		
			EOB7°リビーストシリンジ	10m l				
			リソピスト注	1.6m l				