

氏名

生年月日

性別

住所はカルテと同じ

MR 検査依頼書

検査日 年 月 日 () 時 分

施設名

指示医師

病院・医院・クリニック・歯科

《検査部位・詳細部位・指示》

☐ 【頭部】 ☐ 【頸部】

☐ 【胸部】 ☐ 【腹部】 ☐ 【骨盤部】

☐ 【乳房】
☐ 右 ☐ 左

☐ 【脊椎】
☐ CW ☐ TH ☐ LW ☐ 仙尾部

☐ 【上肢】
☐ 右 ☐ 左 ()

☐ 【下肢】
☐ 右 ☐ 左 ()

☐ 【その他】
()

《検査法》 ☐ Plain ☐ CE ☐ P+CE ☐ Dynamic ☐ EOB
☐ MRA ☐ MRV ☐ CE-MRA ☐ MRCP ☐ その他

* ルート確保困難であった場合の指示

☐ Plain に変更 ☐ 検査中止

《臨床診断名》

《主訴ならびに病歴、主要検査所見の要約》

《検査目的・技師への指示》

使用薬剤

☐ プロハンス 13m 本
☐ プロハンス 17m 本
☐ 本
☐ EOB・プリモピストシリンジ 10m l 本

☐ ボースデル内服液 250m l 袋
☐ 生理食塩水 20m l 本
☐ 生理食塩水 100m l 本
☐

使用CD数

枚

担当技師

市立湖西病院 地域・利用者支援センター

平日 FAX 053-575-0120
土曜日 FAX 053-576-1119