

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》 ☐ P l a i ☐ C E ☐ P + C E ☐ D y n a m i c ☐ E O B
☐ M R A ☐ M R V ☐ C E - M R A ☐ M R C P ☐ その他

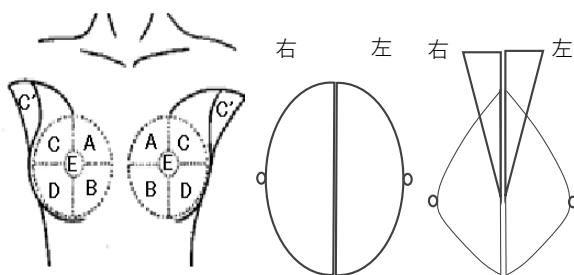
* ルート確保困難であった場合の指示

☐ P l a i n 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

使用 C D 数

☐ プロハンス 13m 本	☐ ボースデル内服液 250m l 袋	担当技師
☐ プロハンス 17m 本	☐ 生理食塩水 20m l 本	
☐ 本	☐ 生理食塩水 100m l 本	
☐ E O B ・ プリモビストシリンジ 10m l 本	☐	

市立湖西病院 地域・利用者支援センター

平 日 F A X 053-575-0120

土曜日 F A X 053-576-1119