

M R I 検査依頼用紙
(診療情報提供書)

検査依頼施設名

診療科目

体内金属 (+ -) 未記入検査不可

1) SAHクリツピング 2) ペースメーカー 3) スtent 4) 入歯 5) 人工弁 6) 人工関節
7) その他 1) 2) 該当は検査不可 3) ~7) は条件付き *必ず確認、記載して下さい*

検査日 年 月 日 検査予定時間 時 分頃

依頼医師

担当技師

検査部位 [] 単純 技師記入欄 [] 造影	造影剤 (+ -) 技師記入欄
--------------------------------	----------------------

依頼医師は枠内に必ず記入して下さい。(未記入検査不可)

検査目的	検査方法

