

MRI検査依頼申込票

(診療情報提供書)

検査予定日	月	日	時	分
氏名		様	歳	(男・女)
依頼施設		医師		

臨床診断名	検査部位及び目的 (詳細をお願いします)
病歴及び症状	
MRI Image & slice	
1. Routine 2. T1強調画像 (Ax・Co・Sa) 3. T2強調画像 (Ax・Co・Sa) 4. Proton密度強調画像 (Ax・Co・Sa) 5. その他(撮影方法によってご希望に沿えない場合がございます)	