

MRI検査依頼書

特定医療法人 暁 純 会
榊原温泉病院
 TEL <059> 252-1111

患者コード					検査日 平成	年	月	日	予約時間	時	分		
患者氏名						様	外 来	本館2階東	本館2階西	本館 3 階			
生年月日 明・大 昭・平						年	月	日	体重 kg	男・女	新館 2 階	新館 3 階	新館 4 階
単純のみ			単純+造影		造影のみ		造影剤 (シリンジ)		% c.c				
HB() Wa-R() HCV() 前立腺肥大() DM() 血圧(/) 心疾患() 緑内障()													
外部ご依頼者病院名						病院	科	外来・入院(病棟)		依頼医師			
目的部位						臨床診断							
臨床所見・経過													
検査結果													