

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						男・女	新館 2 階	新館 3 階	新館 4 階		
	昭・平	年	月	日	体重	kg						
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												