ＭＲＩ検査表　No. 1

登録No.	
氏　名	
生年月日	
性　別	
才	
病棟名	第　　病棟
発行日	
病室番号	第　　号室

検査日	年　月　日　時　分			No.	
予約日	年　月　日	主治医			
医師		技師		看護師	

科名	消化 11	循環 12	呼吸 10	神内 37	小児 14	外科 15	整形 19	脳外 20	形成 21	皮膚 23	泌尿 24	婦人 25	眼科 27	耳鼻 28	放射 29	麻酔 32	歯科 31	精神 05	入院　病棟	外来

医師記入欄

診断	ペースメーカー・止血クリップ	有・無
	体内金属（材質　　）	有・無
	重症不整脈	有・無
	現在妊娠の可能性	有・無
	体重	kg
病歴・検査目的		
最近のCT・MRI	CT施行日　年　月　日　No.	
	MRI施行日　年　月　日　No.	
検査部位		

実施記録欄

	部　位	方　向	パルス系列	備　考
1		ＡＣＳ	SSE　LSE　FE（FA　　）	
2		ＡＣＳ	SSE　LSE　FE（FA　　）	
3		ＡＣＳ	SSE　LSE　FE（FA　　）	
4		ＡＣＳ	SSE　LSE　FE（FA　　）	
フィルム　　枚		コピー　要・不要		

※ 申込時は太線内のみ記入してください。

岩手県立久慈病院放射線科