

# 高額医療機器共同利用検査依頼書

氏名

依頼元ID

生年月日

年 月 日

性別

CT ( 読影あり読影なし ) MRI ( 読影あり読影なし )

頭部

頭部MRI(ルーチン)

胸部

頭部MRI+MRA(ルーチン)

腹部～骨盤腔

頸部MRA

整形外科領域

頸椎MRI

(

) 胸椎MRI

その他

腰椎MRI

(

) 膝関節MRI(右・左)

腹部MRCP

心エコー

(

)

検査目的(具体的にお願いします)

希望の撮影方法などありましたらお書き添えください

依頼元医療機関名

依頼医師名