

ID 氏名	紹介	検査日時		
	外来	年	月	日
生年月日 性別	3病棟	依頼医師名	午前	
	4病棟		午後	
		食事は 可能です 朝から・昼から 絶飲食です		
検査部位(臓器別および具体的に) ルーチン： 脳・頸部・胸部・腹部・骨盤腔内 頸椎・胸椎・腰椎・肩(右・左) 膝(右・左)・股関節(右・左) その他： 具体的内容：		臨床診断： 現病歴および検査目的：		
撮影方法： TRS・COR・SAG・(R)				
造影剤希望： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 一任				
特殊撮影依頼： MRA ・ MRCP				
<input type="checkbox"/> 撮影 済	使用薬剤		撮 影 者	チェック票確認
	x ml			済 ・ 未

