

MRI 検査依頼書

氏名		依頼病医院名	
殿			
生年月日		医師名	
年 月 日 歳			
住所		検査報告受信用FAX	
		カルテと同じ	
検査予定日	R 年 月 日	AM/PM	時 分
撮像部位	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 頚椎(中心)	<input type="checkbox"/> 四肢()
	<input type="checkbox"/> Angio(頭部・頚部)	<input type="checkbox"/> 胸椎(中心)	<input type="checkbox"/> 甲状腺
	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 腰椎(中心)	<input type="checkbox"/> 骨盤腔(婦人科領域)
	<input type="checkbox"/> 副鼻腔		<input type="checkbox"/> 前立腺、膀胱
	<input type="checkbox"/> 小脳橋角部		<input type="checkbox"/> 腹部
	<input type="checkbox"/> 下垂体		<input type="checkbox"/> その他()
検査方法	<input type="checkbox"/> 脳ルーチン (T1、T2、FL、DWI、T2*〈Ax〉T1〈Sag〉)		
	<input type="checkbox"/> 脊椎ルーチン(T1、T2、STIR〈Sag〉T1、T2〈Ax〉)		
	<input type="checkbox"/> T 1	<input type="checkbox"/> Axial	
	<input type="checkbox"/> T 2	<input type="checkbox"/> Sagital	
	<input type="checkbox"/> 脂肪抑制	<input type="checkbox"/> Coronal	
	<input type="checkbox"/> T1+造影		
出力方法	CD-R		
特別指示			
臨床診断			
臨床経過の要約			

MRI検査および造影剤使用に関する確認書への記載も宜しくお願い致します。