

## MRI 診療情報提供書 兼 検査依頼票(機器利用)

様式①

フリガナ	検査希望日時		
氏名	第1希望	年 月 日( )	
性別		午前・午後 時 分	
生年月日	読影	有 ・ 無	
電話番号			
紹介医療機関			
臨床診断名 主訴	検査目的		
撮像方法	単純 造影 単純+造影		撮像部位具体的指示 (シエーマ等)
部位			
頭部	全脳 下垂体 聴神経 副鼻腔 眼窩		
5画像	頭部スクリーニング(T1・T2・Flair・Diff)		
7画像	頭部スクリーニング(T1・T2・Flair・Diff・H-MRA)		
脊椎	頸部 胸椎 腰椎 仙椎 尾骨		
頸部	咽頭 喉頭 甲状腺 耳下腺		
胸部	縦隔 肺野		
上腹部	肝臓 胆嚢 膵臓		
下腹部	腎臓 副腎 尿管		
骨盤腔	子宮 卵巣 膀胱 前立腺		
四肢	膝関節 足関節 肘関節 手関節		
関節	股関節 肩関節		
血管	頭部MRA 頸部MRA 下肢動脈 下肢静脈		
その他			
撮像方向 希望撮像シーケンス TRA SAG COR	基本撮像(ルーチン) : MRI室:技師依頼 T1 T2 その他具体的に記入		技師通信欄

問い合わせ先 可児とうのう病院 医療連携室

電話番号0574-25-3120(直通)

FAX番号0574-28-6382(直通) 改定26.05