

MRI 診療情報提供書 兼 検査依頼票 様式①

フリガナ			
氏名	男・女		年 月 日生
住所	電話 - -		
検査希望日①	年 月 日	読影 有・無	
検査希望日②	年 月 日		
紹介医療機関	(紹介医師)		
臨床診断名 主訴	検査目的		

撮像部位	単純撮像					具体的指示・シエーマ等	
頭部	全脳	頭部スクリーニング (T 1 ・ T 2 ・ F L A I R ・ D I F F)					
	M R A	頭部 M R A スクリーニング					
	頭蓋内	下垂体	聴神経	副鼻腔	眼窩		
頸部		咽頭	喉頭	甲状腺	耳下腺		
脊椎		頸椎	胸椎	腰椎	仙椎・尾骨		
上腹部		肝臓	胆嚢	膵臓	M R C P		
下腹部	(骨盤内)	子宮	卵巣				
		前立腺	膀胱				
四肢	上肢	肘関節	手関節	手指			
	下肢	膝関節	足関節	足趾			
体幹		股関節	肩関節				
その他							

* 撮影方向・撮像シーケンスは基本撮像(ルーチン)となります。ご希望がございましたら、下欄にご記入ください。