

# 依頼書

## MRI用

検査日 R 年 月 日 時 分

検査日と撮影部位を  
ご記入ください

### 単純MRI

#### 撮影部位

##### 頭部 (Ax: T1, T2, FLAIR, DWI, T2\*)

- 頭部 頭部MRA 頸部MRA VSRAD 下垂体  
副鼻腔( ) その他( )

##### 脊椎

- 頸椎 胸椎 胸腰椎移行部 腰椎 全脊椎  
頸部MRA 頸部 その他( )

##### 上肢 (左・右)

- 肩 上腕 肘 前腕 手関節 手 手指

##### 下肢 (左・右)

- 大腿 膝 下腿 足関節 足 足趾 全下肢

##### 骨盤部 (左・右)

- 股関節 骨盤  
前立腺 子宮+卵巣 膀胱 その他( )

##### 腹部

- 肝臓 腹部+MRCP 腎臓 MRU(腎尿管撮像)  
膵臓 MRCP その他( )

##### Angio

- 胸部大動脈 腹部大動脈 全下肢 その他( )

##### その他

- DWIBS( )  
胸部 心臓 乳房 その他( )

#### 追加指示詳細

Ax ( )

Col ( )

Sag ( )

臨床経過 及び 検査目的

## CT用

検査日 R 年 月 日 時 分

検査日と撮影部位を  
ご記入ください

### 単純CT

#### 撮影部位

- |                              |  |   |
|------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 脳   | <input type="checkbox"/> 胸部            | <input type="checkbox"/> 脊髄(頸椎・胸椎・腰椎)     |
| <input type="checkbox"/> 顔面  | <input type="checkbox"/> 全腹部           | <input type="checkbox"/> 股関節              |
| <input type="checkbox"/> 鼻骨  | <input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・脾・腎) | <input type="checkbox"/> (左・右) 肩・肘・手関節・手  |
| <input type="checkbox"/> 副鼻腔 | <input type="checkbox"/> 骨盤部           | <input type="checkbox"/> (左・右) 大腿・膝・足関節・足 |
| <input type="checkbox"/> 頸部  |  | <input type="checkbox"/> その他( )           |

臨床経過 及び 検査目的