

他院MRI検査 依頼書

患者氏名	検査日 年 月 日 時 分				
生年月日	御依頼元医療機関名				
単純MRI	体重 kg				
依頼医師 体内金属（有・無） 妊娠（有・無）					
撮影部位 頭部（Ax：T1, T2, FLAIR, DWI, T2*） <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 副鼻腔（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） 脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 全脊椎 <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> その他（ ） 上肢（左・右） <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 手指 下肢（左・右） <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 足趾 <input type="checkbox"/> 全下肢 骨盤部（左・右） <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮+卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> その他（ ） 腹部 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腹部+MRCP <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> MRU(腎尿管撮像) <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> その他（ ） Angio <input type="checkbox"/> 胸部大動脈 <input type="checkbox"/> 腹部大動脈 <input type="checkbox"/> 全下肢 <input type="checkbox"/> その他（ ） その他 <input type="checkbox"/> DWIBS（ ） <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
臨床経過 及び 検査目的	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">追加指示詳細</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Ax ()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Col ()</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Sag ()</td> </tr> </table>	追加指示詳細	Ax ()	Col ()	Sag ()
追加指示詳細					
Ax ()					
Col ()					
Sag ()					

*上記をすべてご記入ください