


MRI 検査依頼票

| | | | | | |
|---|--|--------|--------------------------------|----------------|------|
| 患者 | フリガナ 名 前 | | | 診断名 (疑 ・ 確定) | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日 (男性 ・ 女性) | 検査目的 |
| | 住所・電話 | 〒 | | 臨床経過及び検査結果 | |
| | | 電話: | | | |
| 体 重 | Kg | | | | |
| 単純 ・ 造影 () | | | | | |
| 頭部 MRI | ルーチン 1 (axi-T2 ・ T2* ・ FLAIR , sag-T1) | | ルーチン 2 (頭部MRA , FLAIR , T2*) | | |
| | axi: T1 ・ T2 ・ FLAIR ・ T2* ・ DWI | | Sag: | その他 | |
| 脊椎 MRI | 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 | | | | |
| 胸部 MRI | | 腹部 MRI | | | |
| 骨盤 MRI | | 四肢 MRI | | | |
| MRA | 頭部MRA ・ 頸部MRA ・ 胸部MRA () ・ 腹部MRA (動 ・ 静) | | | | |
| | 骨盤部MRA (動 ・ 静) ・ 下肢MRA (動 ・ 静) ・ その他 () | | | | |
|  | | | | | |
| | | | | 担当医 | |
| | | | | 画像処理 | |