

MRI 検査依頼用紙

友隣会メディカルケアクリニック TEL 072-844-5181

科		医師		確認事項						
外来・F病棟				心臓ペースメーカー	有・無	不整脈	有・無			
検査予定日				心臓人工弁	有・無	妊娠	有・無			
年 月 日 : AM、PM				人工内耳	有・無	てんかん	有・無			
患者番号 :				人工骨頭 関節	有・無	閉所恐怖症	有・無			
氏名 :				手術クリップ	有・無	入れ墨	有・無			
		(男・女)		義眼 義歯	有・無	長時間 静止	不・可			
生年月日 :		年 月 日		その他体内金属物	有・無	仰向け	不・可			
M・T・S・H				その他 既往歴						
臨床診断 :				検査部位						
検査目的 :		スクリーニング・精査・経過観察		単純・造影 () ・MRA						
				① 頭 部 (大小脳・脳幹・下垂体・内耳・ 眼窩・鼻咽頭)						
				② 頸 部 (喉頭・甲状腺)						
				③ 胸 部 (心臓・縦隔)						
				④ 上腹部 (肝・胆・膵・脾・腎・副腎)						
				⑤ 骨盤部 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺)						
				⑥ 上下肢 ()						
				⑦ 脊 椎 (頸・胸・腰)						
				⑧ その他 ()						
撮影法	Axial	mm厚	m	Sagittal	mm厚	mm	Coronal	mm厚	mm	技師コメント
T2 WI	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
T1 WI	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
FLAIR	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
所見										