

MRI検査依頼票

貴院患者ID
氏名
生年月日
性別

患者区分： 外来 / 入院

MRI検査実施日 年 月 日
診療科 _____
依頼医師名 _____
読影のご希望 有 ・ 無 _____
次回診察日 年 月 日

検査部位

頭部	頸部	胸部	腹部	骨盤部
<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 眼窩部 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 耳下線 <input type="checkbox"/> 顎下線 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 大血管 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 膵臓・MRCP <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> 大血管 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/>
椎体 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨 <input type="checkbox"/>	四肢 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 上腕部 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手	<input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿部 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 下腿部 <input type="checkbox"/> 足関節	<input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DWIBS法
		(右 ・ 左)		

臨床診断（確定 ・ 推定）

検査目的及び具体的指示をご記入ください
(DWIBS法は撮影範囲もご記入ください)

造影剤の使用 有 ・ 無

造影検査の場合は記入してください

血清Cr値 _____ mg/dl

検査日から3ヶ月以内のデータをご記入ください

MRI専用の問診票・同意書のご記入もお願いします。
造影検査をご希望の場合は、造影検査専用の問診票・同意書もご記入ください。
(直近の血液検査データの添付もお願いします)

備考欄