

MRI 検査指示書

紹介元記入

患者氏名 _____ 様

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

依頼医 _____

技師側記入

技師名 _____

造影剤 _____ ml

CDorDVD 枚数 _____ 枚

検査部位

頭部：(脳・下垂体・眼窩・聴器・副鼻腔・上顎・下顎・その他) _____)
頸部：(咽頭・喉頭・甲状腺・耳下腺・顎下腺・その他) _____)
胸部：(縦隔・その他) _____)
腹部：(肝・胆・膵・腎・大動脈・その他) _____)
骨盤：(子宮・卵巣・前立腺・膀胱・精巣・その他) _____)
脊椎：(頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・ミエロ・その他) _____)
上肢：(肩関節・上腕骨・肘関節・前腕骨・手関節・手部・手指・その他) _____)
下肢：(股関節・大腿骨・膝関節・下腿骨・足関節・足部・足趾・その他) _____)
その他：(_____)

検査目的

* 臨床情報・病態情報・特別指示・左右など御記入願います

撮影条件

技師側に一任して頂ける場合は「撮影条件おまかせ」の□に ☒ を入れて下さい。
また、特別指定がある場合は右の「撮影条件指示表」に御記入頂くか、下の「自由記述」欄に御記入下さい。

撮影条件おまかせ

☐

自由記述

撮影条件指示表

	Axi	Cor	Sag
T1W			
T2W			
DWI			
FLAIR			
STIR			
PDW			
T2*			
SWI			
CE			
pre MRA (必要・不要)			