

MR I 検査依頼票

患者 ID : _____

御依頼元施設名				指示医名	
検査日		令和	年	月	日
フリガナ				性別	
患者氏名				男 ・ 女	
生年月日	M ・ T ・ S ・ H ・ R	年	月	日	才
検査目的・症状・病名					
造影剤の使用	単純検査のみでお願いします。				
撮像部位			シーケンス <small>指定があれば記入してください</small>		
<input type="checkbox"/> 頭 部	・	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> MRV	<input type="checkbox"/> MRCP	
<input type="checkbox"/> 頸 部	・	<input type="checkbox"/> Axial ・ T2WI ・ T1WI ・ FLAIR ・ DWI ・ T2*WI ・ HeavyT2WI ・ PDWI ・ その他 ()			
<input type="checkbox"/> 脊 椎	・ 頸椎				
	・ 胸椎				
	・ 腰椎				
<input type="checkbox"/> 上 肢 (右・左)	・ () 関節	<input type="checkbox"/> Sagittal ・ T2WI ・ T1WI ・ FLAIR ・ DWI ・ T2*WI ・ HeavyT2WI ・ PDWI ・ その他 ()			
	・				
<input type="checkbox"/> 腹 部	・ 肝・胆・膵・脾・腎				
<input type="checkbox"/> 骨盤部	・	<input type="checkbox"/> Coronal ・ T2WI ・ T1WI ・ FLAIR ・ DWI ・ T2*WI ・ HeavyT2WI ・ PDWI ・ その他 ()			
	・				
<input type="checkbox"/> 下 肢 (右・左)	・ () 関節				
	・				
<input type="checkbox"/> その他	・				
* 詳細な指示					