

MR I 検査依頼票

患者 ID : _____

御依頼元施設名				指示医名			
検査日		平成		年		月 日	
フリガナ						性別	
患者氏名	様					男 ・ 女	
生年月日	M ・ T ・ S ・ H	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							