

MRI 検査依頼書

患者氏名	/ <input type="checkbox"/> 初めての受診 <input type="checkbox"/> 以前に受診歴あり				
生年月日／体重	年	月	日	体重：	kg
医療機関及び依頼医師名					
検査部位 ○を付けて下さい	頭部	頸椎	胸椎	胸腰椎移行部	腰椎 肩関節(左・右) 股関節(左・右) 膝関節(左・右) その他()
撮像に関する特記事項					
臨床症状／検査目的					
検査希望日	第1希望：月 日 / 第2希望：月 日 ※予約状況を確認した後、ご連絡いたします。				
検査希望時間帯 ○を付けて下さい	09:00~10:00 / 10:00~11:00 / 11:00~11:30 14:00~15:00 / 15:00~16:00 / 16:00~17:00 / 17:00~17:30				
画像データ	患者手渡し・郵送				
ADL の程度	車いす・独歩(杖などの補助あり)・独歩				
読影の有無	希望する(後日郵送となります)・希望しない				
妊娠または妊娠の可能性	あり・なし ※ありの場合：妊娠週(14週未満は検査不可です)				

※撮影内容については、基本的に当院のルーチン(下記)で対応させていただきます。

それ以外に追加が必要な場合は、撮像に関する特記事項欄にご記入ください。

※検査部位にて、その他を希望される場合は、お手数ですが事前にご相談ください。

※臨床症状・検査目的は、検査部位の確認も兼ねております。

簡単で結構ですので、ご記入をお願いします。

※造影検査には対応できません。ご了承ください。

【当院ルーチン】

頭部 : AXI (DWI、FLAIR、T2*)、MRA
脊椎 : SAG (T1、T2、STIR)、AXI (T1、T2)
肩関節 : COR (T2、T2fatsat)、SAG (T1、T2)、AXI (T2*、T2fatsat)
股関節 : COR (T1、T2、STIR)、AXI (T1、T2、STIR)
膝関節 : SAG (T1、T2*)、COR (T1、T2*)