

MRI 検査依頼票

岡谷市民病院

患者番号

実施日

年

月

日

時

分

氏名

施設名
依頼医名

生年月日

住所

カルテ記載

[]内の検査部位に○印をつけてください。単純撮影で原則1部位です。

01 頭 部	[脳、下垂体、内耳道、眼窩]+頭部MRA
02 頭頸部	[副鼻腔、頸部()、頸部MRA]
03 腹 部*	[肝胆膵臓、腎臓/副腎、MRCP] * 息止め(約15秒)と食事制限が可能であること 応相談
04 脊 椎	[頸椎、胸椎、胸腰椎移行部、腰椎、仙椎/尾椎]
05 骨 盤	[子宮/卵巣、膀胱、前立腺]
06 四 肢	[上腕、前腕、手部、手指、大腿、下腿、足部、足趾] みぎ ・ ひだり 要シェーマ記入
07 関 節	[肩関節、肘関節、股関節、膝関節、手関節、足関節] みぎ ・ ひだり 要シェーマ記入
00上記以外	[] 応相談

担当技師

301 CD-R

枚

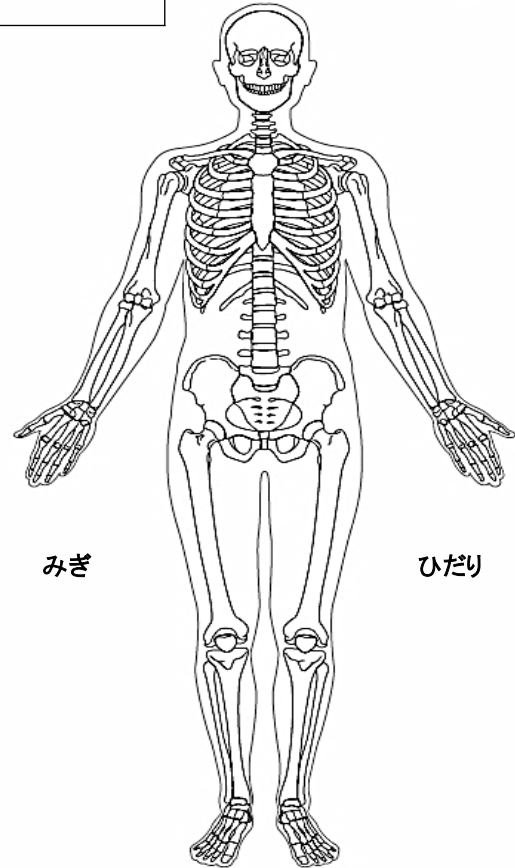
【読影依頼】

(○印をつけてください。)

依頼あり・依頼なし

※読影依頼内容は下記の
「検査依頼内容」
の欄にお書き下さい。

「検査依頼内容」(具体的部位・希望の撮影法など)



注)【MRI検査同意書】をお忘れになった場合や不備が認められる場合は、安全のため検査を延期させていただく事があります。