

# MRI 検査依頼票

岡谷市民病院 地域連携室

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

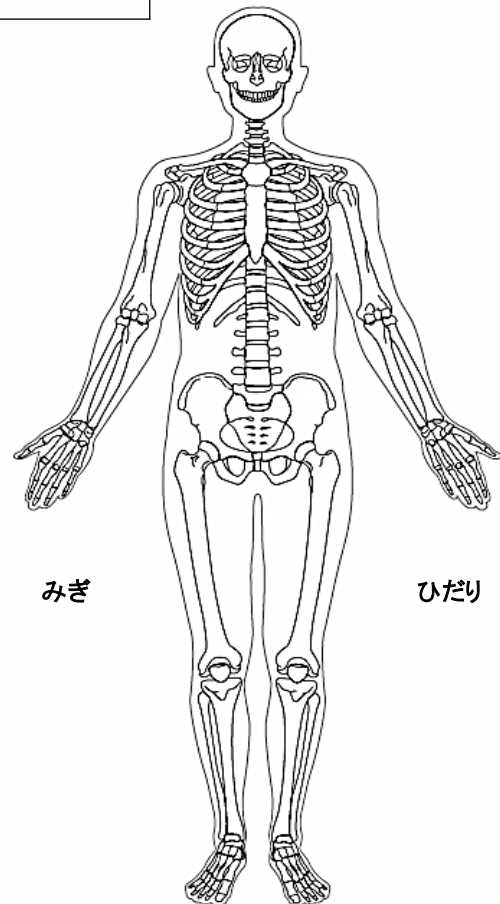
## 【 読影依頼 】

(○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。