

■「MRI検査申込書」は、お手数ですが検査日までに病診連携室までFAX願います。(FAX:052-201-5318)

# MRI検査申込書

・704

検査実施日： 年 月 日 AM・PM 時 分

ID No.		科	
ふりがな 氏名			
生年月日	T・S・H・R 年 月 日	性別	男・女
依頼医療 機関名			
検査予約日	年 月 日 ( ) : ~		

依頼医師	技師	MRI No

ペースメーカー・動脈瘤クリップ(磁性体金属)装着者は入室禁止です。

臨床情報及び連絡事項(依頼目的を詳細に記入してください)

---



---



---



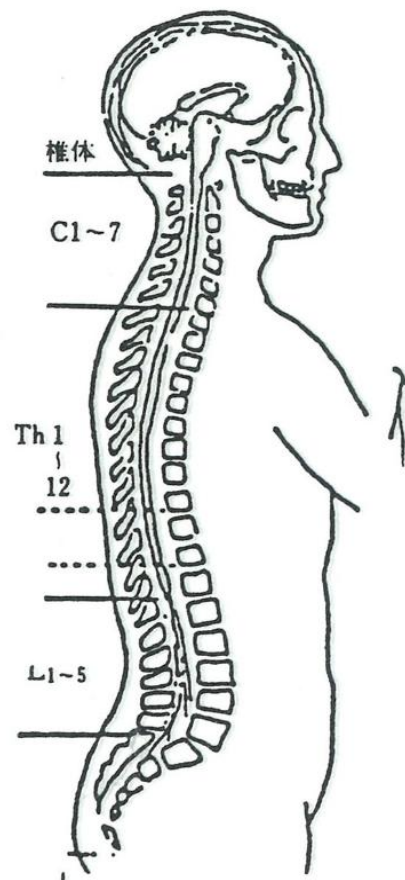
---



---

- ・読影依頼(あり・なし) ・前回のMRI(あり・なし) No.( )
- ・入室方法(徒歩・車椅子・ストレッチャー)

撮 影 部 位	
頭部	脳 脳MRA 下垂体 眼窩 副鼻腔
	内耳 顎関節 脳ルチーン
頸部	甲状腺 咽頭 喉頭 頸部MRA
胸部	肺野 縦隔 心臓 乳房 胸部大動脈
腹部	肝臓 胆嚢 膵臓 脾臓 腎臓 腹部大動脈
骨盤部	子宮 卵巣 膀胱 前立腺 股関節
脊椎	頸椎 胸椎(第 番) 腰椎 仙椎
	ルーチン(頸・胸・腰椎 胸・腰椎移行部(第 番))
	側弯( ~ ) 全脊椎
上肢	肩関節 その他( )
下肢	膝関節 その他( )



単純
横断面(T <sub>1</sub> ・T <sub>2</sub> )      矢状面(T <sub>1</sub> ・T <sub>2</sub> )      冠状面(T <sub>1</sub> ・T <sub>2</sub> )