ＭＲＩ検査依頼票

ふりがな 氏名			検査日　　年　　月　　日（　　）
生年月日	Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ 年　　月　　日	性別　□ 男 □ 女	検査開始予定時刻 午前 ・ 午後　　時　　分より
医療機関名			
検査依頼目的 病歴及び主訴 臨床診断名			特に希望する撮影条件・撮影範囲・患者情報等
			感染症　有・無　（　　）
			体重　　Kg　　指示医署名
造影　否　・　要（単純＋造影・造影のみ）			妊娠　　有・無

撮影部位　（希望部位に○を付けてください。詳しくは下記に記入してください。）
基本的に検査できる部位は１ヶ所です。

頭部　・・・　□ルーチン　□ルーチン＋頭部 MRA
□聴器　□副鼻腔顔面　□眼窩　□その他（　　）

頸部　・・・　□頸部全般　□甲状腺　□その他

腹部　・・・　□ＭＲＣＰ　□骨盤部

脊椎　・・・　□頸椎　□胸椎（　　番）　□腰椎

四肢　・・・　□上肢　左・右（部位　　）　□下肢　左・右（部位　　）
□股関節　左・右・両方

その他　・・・　□（　　）　□（　　）

ＭＲＡ　・・・　□頭部ＭＲＡ　□頸部ＭＲＡ　□頭部＋頸部ＭＲＡ

メディア	スライス数	技　師
□ＣＤ－Ｒ　　枚　　□その他	枚	

下関市立豊田中央病院　　TEL：083 - 766 - 1012　　FAX：083 - 766 - 1439