

# 画像検査依頼書(MRI 用)

令和 年 月 日

FAX 0265-26-9690

医療法人輝山会 地域総合医療連携室 行

医療機関の名称

電話番号

医師氏名

印

患者	フリガナ		生年月日	M T	年	月	日	男・女
	氏名			S H				
	住所	〒			TEL			
					携帯			

撮像結果報告				画像	
<input type="checkbox"/> CD-R ・ <input type="checkbox"/> ism Link				<input type="checkbox"/> 患者、家族に ・ <input type="checkbox"/> 郵送	
<b>【頭頸部】</b>				<b>②頭頸部の手技</b>	
<input type="checkbox"/> 頭部 T1・T2・Flair・MRA・Dw	<input type="checkbox"/> 頭部 T1・T2	<input type="checkbox"/> 頸部 MRA	<input type="checkbox"/> 眼窩(両)	<input type="checkbox"/> 単独のみ	
<input type="checkbox"/> 頭部 T1・T2・Flair・MRA	<input type="checkbox"/> 頭部 Dw	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 眼窩(右)	<input type="checkbox"/> 単独+造影	
<input type="checkbox"/> 頭部 T1・T2・Flair・Dw	<input type="checkbox"/> 海馬追加	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 眼窩(左)	<input type="checkbox"/> 造影のみ	
<input type="checkbox"/> 頭部 T1・T2・Flair	<input type="checkbox"/> T2*追加	<input type="checkbox"/> 甲状腺		<input type="checkbox"/> ダイナミック	
<input type="checkbox"/> 頭部 T1・T2・Dw	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 上皮小体			
<input type="checkbox"/> 唾液腺	<input type="checkbox"/> (両)	<input type="checkbox"/> (右)	<input type="checkbox"/> (左)		
<b>【躯幹】</b>				<b>②躯幹への手技</b>	
<input type="checkbox"/> 乳房 →	<input type="checkbox"/> (両)	<input type="checkbox"/> (右)	<input type="checkbox"/> (左)	<input type="checkbox"/> 単独のみ	
<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 膵臓	<input type="checkbox"/> 脾臓	<input type="checkbox"/> 単独+造影	
<input type="checkbox"/> 腎臓 →	<input type="checkbox"/> (両)	<input type="checkbox"/> (右)	<input type="checkbox"/> (左)	<input type="checkbox"/> 造影のみ	
<input type="checkbox"/> 副腎 →	<input type="checkbox"/> (両)	<input type="checkbox"/> (右)	<input type="checkbox"/> (左)	<input type="checkbox"/> ダイナミック	
<input type="checkbox"/> MRCP				<input type="checkbox"/> meat 検索	
<input type="checkbox"/> 肩関節 →	<input type="checkbox"/> (両)	<input type="checkbox"/> (右)	<input type="checkbox"/> (左)		
<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 直腸			
<input type="checkbox"/> 精巣	<input type="checkbox"/> 卵巣	<input type="checkbox"/> 子宮			
<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 仙骨	<input type="checkbox"/> 尾骨		
<b>【四肢】</b>				<b>②四肢への手技</b>	
<input type="checkbox"/> 上腕 →	<input type="checkbox"/> (両)	<input type="checkbox"/> (右)	<input type="checkbox"/> (左)	<input type="checkbox"/> 単独のみ	
<input type="checkbox"/> 肘関節 →	<input type="checkbox"/> (両)	<input type="checkbox"/> (右)	<input type="checkbox"/> (左)	<input type="checkbox"/> 単独+造影	
<input type="checkbox"/> 前腕 →	<input type="checkbox"/> (両)	<input type="checkbox"/> (右)	<input type="checkbox"/> (左)	<input type="checkbox"/> 造影のみ	
<input type="checkbox"/> 手関節 →	<input type="checkbox"/> (両)	<input type="checkbox"/> (右)	<input type="checkbox"/> (左)	<input type="checkbox"/> ダイナミック	
<input type="checkbox"/> 手 →	<input type="checkbox"/> (両)	<input type="checkbox"/> (右)	<input type="checkbox"/> (左)		
<input type="checkbox"/> 股関節 →	<input type="checkbox"/> (両)	<input type="checkbox"/> (右)	<input type="checkbox"/> (左)		
<input type="checkbox"/> 大腿 →	<input type="checkbox"/> (両)	<input type="checkbox"/> (右)	<input type="checkbox"/> (左)		
<input type="checkbox"/> 膝関節 →	<input type="checkbox"/> (両)	<input type="checkbox"/> (右)	<input type="checkbox"/> (左)		
<input type="checkbox"/> 下腿 →	<input type="checkbox"/> (両)	<input type="checkbox"/> (右)	<input type="checkbox"/> (左)		
<input type="checkbox"/> 足関節 →	<input type="checkbox"/> (両)	<input type="checkbox"/> (右)	<input type="checkbox"/> (左)		
<input type="checkbox"/> 足 →	<input type="checkbox"/> (両)	<input type="checkbox"/> (右)	<input type="checkbox"/> (左)		
<b>【MRA】</b>					
<input type="checkbox"/> 胸腹部大動脈	<input type="checkbox"/> 腹部大動脈	<input type="checkbox"/> 腹部大動脈+門脈	<input type="checkbox"/> 両上肢動脈( ~ )	<input type="checkbox"/> 腹部大動脈~大腿動脈	
<input type="checkbox"/> 門脈	<input type="checkbox"/> 両下肢動脈( ~ )	<input type="checkbox"/> 肺動静脈	<input type="checkbox"/> 鎖骨下動脈	<input type="checkbox"/> 両下肢静脈( ~ )	
<input type="checkbox"/> 【ペースメーカー】	<input type="checkbox"/> (★ペースメーカー有)	<input type="checkbox"/> (ペースメーカー無)			
<input type="checkbox"/> 【追加断面】	<input type="checkbox"/> (矢状断面 追加)	<input type="checkbox"/> (冠状断面 追加)	<input type="checkbox"/> (横断面 追加)		
<input type="checkbox"/> 【追加撮影】	<input type="checkbox"/> (T2 脂肪抑制 追加)	<input type="checkbox"/> (T1 脂肪抑制 追加)	<input type="checkbox"/> (balanced sequence 追加)		