

MRI 検査依頼書

患者氏名							
生年月日、体重	年	月	日	体重:	kg		
依頼医師名							
検査部位	頭部	頸椎	胸椎	胸腰椎移行部			
	腰椎	股関節	その他()				
撮像に関する特記事項							
臨床症状・検査目的							
検査希望日	当日中	それ以降でも可					
検査希望時間帯	9:00~10:00	10:00~11:00	11:00~12:00				
	14:00~15:00	15:00~16:00	16:00~17:00	17:00~18:00			
画像データ	患者手渡し	郵送	どちらでもよい				
ADLの程度	ストレッチャー	車いす	独歩(杖などの補助有り)			独歩	
読影の有無	希望する(後日郵送となります)			希望しない			
妊娠、または妊娠の可能性	あり	なし	※ありの場合: 妊娠		週 (14週未満は検査不可です)		

※撮像内容については、基本的に当院のルーチン(下記)で対応させていただきます。

それ以外のシーケンスが必要な場合は、撮像に関する特記事項欄にご記入ください。

※検査部位にて、その他を希望される場合は、お手数ですが事前にご相談下さい。

※臨床症状・検査目的は、検査部位の確認も兼ねております。

簡単で結構ですのでご記入をお願いします。

※造影検査には対応できません。ご了承下さい。

当院ルーチン (2021.3 現在)

頭部: TRA(DWI, FLAIR, T2), MRA

脊椎: SAG(T1,T2), TRA(T1,T2)

股関節: COR(T1,T2), TRA(T1,T2)