

## 委託契約専用

(MRI撮影のみの依頼)

## MRI検査依頼票

※MRI検査問診票と併せてFAXして頂きますようお願い致します。

鳥取県中部医師会立 三朝温泉病院

FAX(0858)24-6252 TEL(0858)43-1321(代表)

※特殊検査、検査内容等につきましては、放射線科までご相談ください。

令和 年 月 日

貴院名	検査予約日	令和	年	月	日
				時	分
フリガナ	大・昭・平・令				
氏名	殿	年	月	日生	(歳)
住所		性別(男・女)		体重	(Kg)
		TEL( )		-	

検査部位(具体的に) 頭部 頸部 腹部 骨盤部 脊椎(頸椎 胸椎 腰椎 仙椎) 関節(肩 肘 股 膝)(右左) その他( )	方向	撮影条件	<input type="checkbox"/> 当院ルーチン
	AX	T2 T1 FLAIR PD T2FFE T2脂肪抑制 PD脂肪抑制	
	COR	T2 T1 FLAIR PD T2FFE T2脂肪抑制 PD脂肪抑制	
	SAG	T2 T1 FLAIR PD T2FFE T2脂肪抑制 PD脂肪抑制	
	その他	MRA DWI VSRAD SWI(磁化率強調) MRCP 3D-MYELO PROSET(神経根) 3D-WATSc(軟骨条件)	

臨床診断(疑)

既往歴・臨床情報・検査目的

※この用紙は単純撮影の依頼のみに使用します。

 画像読影レポート作成の依頼

データ出力方式	依頼医署名	撮影技師署名	検査日
CD-R 枚			令和 年 月 日