

(MRI撮影のみの依頼)

MRI檢查依賴票

※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

医事課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()		ー	
検査部位(具体的に)		方向		撮影条件		<input type="checkbox"/> 当院ルーチン	
頭部 頸部 腹部 骨盤部		AX		T2 T1 FLAIR PD T2FFE			
脊椎 (頸椎 胸椎 腰椎 仙椎)				T2脂肪抑制 PD脂肪抑制			
関節 (肩 肘 股 膝) (右 左)		COR		T2 T1 FLAIR PD T2FFE			
その他 ()				T2脂肪抑制 PD脂肪抑制			
臨床診断(疑)		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)			
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		<input type="checkbox"/> 通常依頼(2営業日 3,000円税別)					
		<input type="checkbox"/> 緊急依頼(4時間以内 3,500円税別)					
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	