

MRI依頼票兼照射録

患者氏名 _____ 体重 _____ k g

生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 歳) _____ 男 _____ 女

検査日 _____ 年 月 日 _____ 時間 _____ 時 分～

病院名 _____ 医師名 _____

検査目的

※ 単純撮影のみとなります

検査部位 (チェックをお願いします)

	部 位			
耳 鼻	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 内 耳		
頸 部	<input type="checkbox"/> 頸 部	<input type="checkbox"/> 甲 状 腺		
胸 部	<input type="checkbox"/> 胸 部	<input type="checkbox"/> 縦 隔		
腹 部	<input type="checkbox"/> 肝 臓	<input type="checkbox"/> 胆 膵 (MRCP)	<input type="checkbox"/> 腎 臓	
骨 盤 腔	<input type="checkbox"/> 骨 盤 腔	<input type="checkbox"/> 前 立 腺	<input type="checkbox"/> 膀 胱	<input type="checkbox"/> 子 宮
脊 椎	<input type="checkbox"/> 頸 椎	<input type="checkbox"/> 胸 椎	<input type="checkbox"/> 腰 椎	<input type="checkbox"/> 全 脊 椎
上 肢	<input type="checkbox"/> 右 肩 関 節	<input type="checkbox"/> 左 肩 関 節	<input type="checkbox"/> 右 肘 関 節	<input type="checkbox"/> 左 肘 関 節
	<input type="checkbox"/> 右 手 関 節	<input type="checkbox"/> 左 手 関 節	<input type="checkbox"/> 右 手	<input type="checkbox"/> 左 手
下 肢	<input type="checkbox"/> 右 股 関 節	<input type="checkbox"/> 左 股 関 節	<input type="checkbox"/> 右 大 腿 骨	<input type="checkbox"/> 左 大 腿 骨
	<input type="checkbox"/> 右 膝 関 節	<input type="checkbox"/> 左 膝 関 節	<input type="checkbox"/> 右 下 腿 骨	<input type="checkbox"/> 左 下 腿 骨
	<input type="checkbox"/> 右 足 関 節	<input type="checkbox"/> 左 足 関 節	<input type="checkbox"/> 右 足	<input type="checkbox"/> 左 足
全身検索	<input type="checkbox"/> DWIBS			
そ の 他	<input type="checkbox"/> その他 (_____)			