

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。

(公社)鳥取県中部医師会立 三朝温泉病院

FAX(0858)43-2732 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)	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 T2脂肪抑制 PD脂肪抑制			
脊椎(頸椎 胸椎 腰椎 仙椎)	COR	T2 T1 FLAIR PD T2FFE T2脂肪抑制 PD脂肪抑制			
関節(肩 肘 股 膝)(右 左)	SAG	T2 T1 FLAIR PD T2FFE T2脂肪抑制 PD脂肪抑制			
その他()	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。				
<input type="checkbox"/> 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