

MRI 検査 (依頼・報告)

紹介医 () 病院・医院 () 科 ()

検査日 年 月 日 依頼医

フィルムNo. (前回No.)

No.

氏名

生年月日

主治医

部署

科 外・入
階 センター
年齢

造影：要・不要・適宜
鎮痙剤：要・不要・適宜
フィルムのコピー：要・不要
体重： kg

◎チェック項目 (必ずご記入下さい)

心臓ペースメーカー } この場合検査
 動脈瘤止血クリップ } できません
 人工心臓弁 }
手術の既往 無・有 ()
体内埋込み金属 無・有 ()
不整脈 無・有
妊娠 無・有
長時間の静止(約1時間) 可・不可
H B s 抗原 -・+・未検
H C V 抗体 -・+・未検

フィルム至急現像 要・不要

患者搬送状態 歩行・車椅子・ストレッチャー

検査部位	○で囲んで下さい	スキャン方法
頭部	脳・後頭蓋窩・脳幹・眼窩 ()	1 AXIAL
頸部	甲状腺・副甲状腺 ()	2 SAGITTAL
胸部	肺・縦隔・乳房・大動脈 ()	3 CORONAL
腹部	肝脾・胆・膵・腎・副腎 ()	1 T1強調画像
骨盤腔	子宮・卵巣・膀胱・前立腺 ()	2 T2強調画像
脊椎	頸椎・胸椎・腰椎 ()	3 プロトン強調画像
四肢関節	膝関節・足関節・肩関節 ()	4 FLAIR

臨床診断又は検査目的：

所見：

診断：

診断医