

MRI検査依頼書

診療情報提供書
宮前平脳神経外科クリニック
上野 龍 宛

TEL 044-872-8027
FAX 044-872-8037

		依頼日	年 月 日
紹介元医療機関名			
ご担当医師名			
TEL		FAX	

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	(〒 -)		
		身長/体重	cm / kg

傷病名・紹介目的
既往歴・家族歴・経過
備考・ご要望

検査部位:ご希望の内容に✓をお願いいたします					
<input type="checkbox"/> 頭部(脳)	<input type="checkbox"/> 顔面	<input type="checkbox"/> 頚椎	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 肩 (右・左)	<input type="checkbox"/> 膝 (右・左)
<input type="checkbox"/> VSRAD	<input type="checkbox"/> 顎関節	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 手 (右・左)	<input type="checkbox"/> 股関節 (右・左)
<input type="checkbox"/> 頸部MRA	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	<input type="checkbox"/> 手関節 (右・左)	<input type="checkbox"/> 足関節 (右・左)
<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 仙椎	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 肘 (右・左)	
<input type="checkbox"/> その他の部位 ・ 希望の追加シーケンス ()					

読影レポート:ご希望の内容に✓をお願いいたします	
<input type="checkbox"/> 画像検査のみ	<input type="checkbox"/> 画像検査+読影レポート

当日はご本人に画像CD-ROMをお渡しいたします。
頭部MRIはご希望等ない場合はT2 FLAIR DWI T2 * 頭部MRAを撮影いたします
頭部MRIは即日診断し、当日中に所見をFAXさせていただきます。
他部位のレポートに関しましては、株式会社SEM社に読影依頼し、放射線科専門医の読影レポートを後日FAX致します

宮前平脳神経外科クリニック