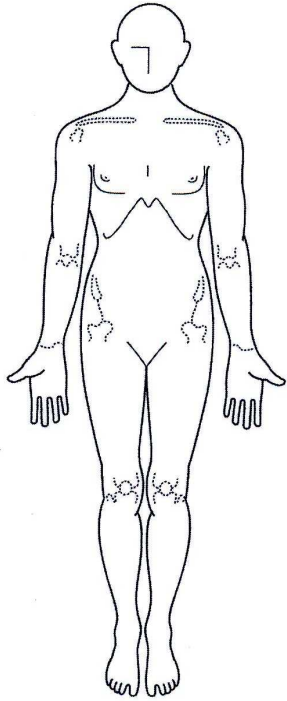


MRI検査依頼票

ホームページ八木病院 CT/MRI依頼からでもダウンロードできます。
<http://www.yagi-hp.com/>
 または連絡していただければ、送付させていただきます。

申し込み日 年 月 日

医院
クリニック

氏名		検査日 年 月 日 ()	
生年月日: T・S・H 年 月 日 男・女		検査開始予定時刻 午前・午後 時 分より	
備考欄		医師名	
		*放射線科医師読影 要・不要	
*体重 kg 身長 cm	妊娠 有 無	感染 有・無 HBS・HCV・Wa・その他	搬送方法: 独歩・車椅子・ストレッチャー *病棟搬送の場合はストレッチャーで
<u>*病名(疑い)</u>		特に希望する撮影条件・撮影範囲・患者情報	
<u>*依頼目的 臨床所見</u>			
前回MRI(無・有 年 月 日)			
撮影方法	P のみ		
撮影部位(希望部位に○印を付けて下さい) <u>*基本的に検査できる部位は1ヶ所です。</u> 頭部... <input type="checkbox"/> 全脳 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 聴器 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> その他() 頸部... <input type="checkbox"/> 頸部全般 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他() 胸部... <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 乳房(左・右・両方) 腹部... <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 前立腺 脊椎... <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎(番) <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> ミエロ 四肢... <input type="checkbox"/> 上肢 左・右(部位) <input type="checkbox"/> 下肢 左・右(部位) その他... <input type="checkbox"/>			
MRA(非造影)... <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 下肢MRA <input type="checkbox"/> その他()			