

# MRI検査依頼用紙

ホームページから印刷できます。

医療法人社団うしお会 八木病院

〒656-0446兵庫県南あわじ市八木寺内1147

TEL 0799-42-6188 FAX 0799-42-6019

紹介先医療機関先名 八木病院 外来担当医師 宛		紹介元医療機関名	
申込日 年 月 日	検査日 年 月 日 ( )		
患者 氏名	医師名①	医師名②	
生年月日 T・S・H・R 年 月 日 男・女 歳			
患者状態 難聴 麻痺 ( ) 妊娠 有 無 感染症 - ・ + HCV HBS Wa その他 ( )	<b>*放射線科医師読影 要 ・ 不要</b>		
撮影部位 ( )	単純のみ	身長 体重	cm kg
*病名 (疑い)			
*依頼目的 臨床所見			
前回MRI (無 有) 年 月 日			
撮影部位 希望部位に☑を付けて下さ。*基本的に検査できる部位は一か所です。			
頭部…☐全脳 ☐VSRAD ☐下垂体 ☐cisternography ☐副鼻腔 ☐その他 ( )			
脊椎…☐頸椎 ☐胸椎 ( 番) ☐腰椎 ☐ミエログラフィー			
頸部…☐頸部全般 ☐甲状腺 ☐その他			
胸部…☐縦隔 ☐乳腺 (左・右・両方)			
腹部…☐肝臓 ☐胆嚢 ☐膵臓 ☐MRCP ☐腎臓 ☐膀胱 ☐前立腺 ☐子宮			
四肢…☐右・左 肩関節 ☐右・左 肘関節 ☐右・左 手関節 ☐その他右・左 ( ) ☐右・左 股関節 ☐右・左 膝関節 ☐右・左 足関節 ☐その他右・左 ( )			
その他…☐ ( )			
MRA (非造影) …☐頭部MRA ☐B-PAS ☐頸部MRA ☐下肢動脈 ☐下肢静脈 ☐鎖骨下動脈 ☐腎動脈 ☐MRU			