

黄色部分の記載をお願いします。

見本

MRI検査依頼伝票

MRI 番号

依頼 病院 診療科 科 住所 診療録に同じ

検査日	年 月 日 AM・PM :	医師	
チェックリスト	MRI検査: 可・否	技師	
前回の検査	無・有(年 月 日)	体重	kg
造影の有無	無・有(eGFR値: Cr値:)	移動方法	独歩 車いす 担送
検査部位	頭部 I	ルーチン・物忘れ・急性期脳梗塞・めまい・三叉神経痛・顔面痙攣	
	頭部 II	下垂体・聴器・眼窩	
	頸部	頸動脈精査・唾液線・甲状腺	
	胸部	縦隔	
	腹部	肝・胆・膵・腎・副腎・MRCP	
	骨盤腔	子宮・卵巣・前立腺・膀胱	
	脊椎	頸椎・胸椎・腰椎・胸腰椎移行部・全脊椎	
	肩	右・左	
	股関節・大腿骨近位部	右・左	
	膝	右・左 / ルーチン・T2 Relax Map	
	血管MRA	腎動脈・上肢・下肢	
	その他		
	具体的指示及び臨床所見		
読影医への情報提供の為、出来るだけ詳しくご記載ください。			
使用薬剤	ボースデル	袋	



医療法人 順和 長尾病院

〒814-0153 福岡市城南区樋井川 3-47-1

TEL 092-541-2035 / FAX 092-541-2045