

MRI検査依頼・予約票

青葉丘病院 医事課宛

FAX送信・病院提出用

年 月 日

フリガナ
患者氏名 _____

医療機関名 _____

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

電話番号 () _____

性別・年齢 男・女 歳

FAX番号 () _____

電話番号 () _____

御担当医名 _____

検査希望日時 年 月 日 () 午前・午後 時 分

◇ ご依頼される撮影部位にチェックをつけてください

※ 腹部検査の場合、3時間以上の絶食が必要になります(水分は水、お茶のみ可)

※ 造影検査につきましては応相談とさせていただきます

撮 影 部 位	当院では疾患に応じて標準的な撮像方法をとっております
1. 頭部	<input type="checkbox"/> 頭部(脳+MRA) <input type="checkbox"/> もの忘れ(頭部+VSRAD*) <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 耳
2. 頸部	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 唾液腺(耳下腺・舌下腺・顎下腺)
3. 腹部	<input type="checkbox"/> MRCP(膵・胆) <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> 腹部
4. 骨盤部	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 骨盤部
5. 脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙・尾骨 <input type="checkbox"/> 全脊椎
6. 四肢・関節	<input type="checkbox"/> 肩関節(R・L) <input type="checkbox"/> 肘関節(R・L) <input type="checkbox"/> 手関節(R・L) <input type="checkbox"/> 上腕・前腕(R・L) <input type="checkbox"/> 股関節(R・L) <input type="checkbox"/> 膝関節(R・L) <input type="checkbox"/> 足関節(R・L) <input type="checkbox"/> 大腿・下腿(R・L)
7. MRアンギオ	<input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> 腎動脈 <input type="checkbox"/> 下肢MRA <input type="checkbox"/> 下肢MRV
8. その他	()

* VSRADとは早期アルツハイマー型認知症の診断を支援するソフトです

臨床所見・検査目的および撮影方法をご記入ください。

◇ 下記の項目にチェックをつけて下さい。

画像データの出力方式

CD-R

フィルム

医療法人恒昭会 青葉丘病院

電話番号 (072)365-3821 FAX番号 (072)366-5436