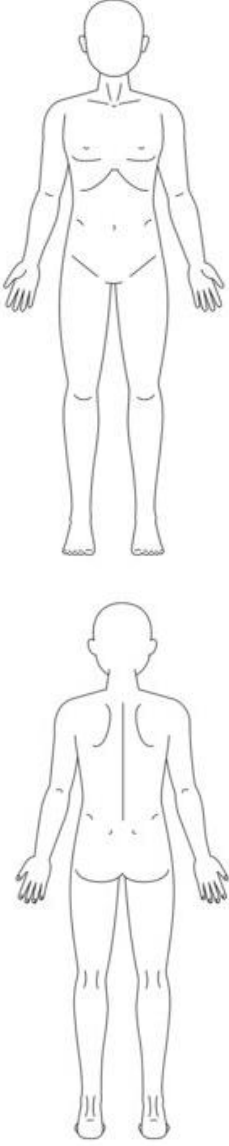


共同利用MRI 撮影依頼表

指示医	施設名
-----	-----

氏名：様

読影 (☐要 ☐不要) CD (☐持ち帰り ☐後日郵送)

頭部	☐	頭部ルーチン+頭部MRA	詳細指示 
	☐	頭部ルーチン+頭頸部MRA	
	☐	VSRAD	
	☐	その他 ()	
頸部	☐	頸部ルーチン	
	☐	頸部MRA	
	☐	その他 ()	
脊椎 全脊椎は検査 できません	☐	頸椎	
	☐	胸椎	
	☐	腰椎	
	☐	その他 ()	
胸部 乳腺、心臓は 検査できません	☐	縦郭	
	☐	胸壁	
	☐	その他 ()	
腹部	☐	MRCP	
	☐	その他 ()	
骨盤部	☐	前立腺	
		婦人科領域 部位 ()	
		その他 ()	
四肢	☐	肩関節 右・左 いずれかに○をつけてください	
	☐	肘関節 右・左 いずれかに○をつけてください	
	☐	手関節 右・左 いずれかに○をつけてください	
	☐	股関節 右・左 いずれかに○をつけてください	
	☐	膝関節 右・左 いずれかに○をつけてください	
	☐	足関節 右・左 いずれかに○をつけてください	
	☐	その他 ()	
その他	☐	部位 ()	
疾患名			
検査指示	※臨床症状や臨床データなど依頼コメントをご記載ください		