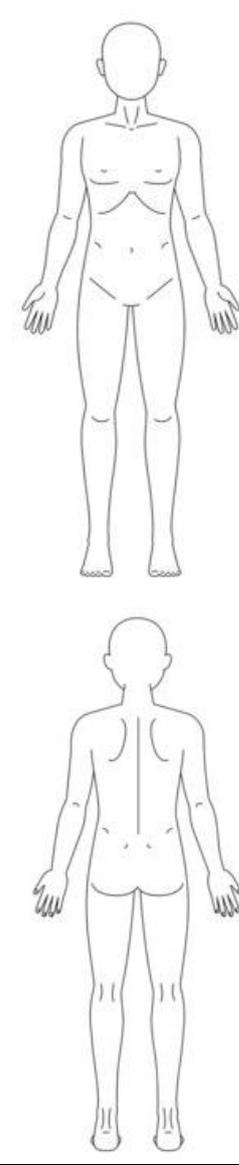


共同利用MRI 撮影依頼表

指示医	施設名
-----	-----

ID : @PATIENTID 氏名 : @PATIENTNAME 様 検査日時 :

頭部	<input type="checkbox"/>	頭部ルーチン+頭部MRA	疾患名
	<input type="checkbox"/>	頭部ルーチン+頭頸部MRA	
	<input type="checkbox"/>	VSRAD	詳細指示
	<input type="checkbox"/>	その他 ()	
頸部	<input type="checkbox"/>	頸部ルーチン	
	<input type="checkbox"/>	頸部MRA	
	<input type="checkbox"/>	その他 ()	
脊椎 <small>全脊椎は検査できません</small>	<input type="checkbox"/>	頸椎	
	<input type="checkbox"/>	胸椎	
	<input type="checkbox"/>	腰椎	
	<input type="checkbox"/>	その他 ()	
胸部 <small>乳腺、心臓は検査できません</small>	<input type="checkbox"/>	縦郭	
	<input type="checkbox"/>	胸壁	
	<input type="checkbox"/>	その他 ()	
腹部	<input type="checkbox"/>	MRCP	
	<input type="checkbox"/>	その他 ()	
骨盤部	<input type="checkbox"/>	前立腺	
		婦人科領域 部位 ()	
		その他 ()	
四肢	<input type="checkbox"/>	肩関節 右・左 <small>いずれかに○をつけてください</small>	
	<input type="checkbox"/>	肘関節 右・左 <small>いずれかに○をつけてください</small>	
	<input type="checkbox"/>	手関節 右・左 <small>いずれかに○をつけてください</small>	
	<input type="checkbox"/>	股関節 右・左 <small>いずれかに○をつけてください</small>	
	<input type="checkbox"/>	膝関節 右・左 <small>いずれかに○をつけてください</small>	
	<input type="checkbox"/>	足関節 右・左 <small>いずれかに○をつけてください</small>	
	<input type="checkbox"/>	その他 ()	
その他	<input type="checkbox"/>	部位 ()	
検査指示	オーダーコメントを記載ください		