

# MR検査依頼表(診療情報提供書)

カナ

氏名

様

性別

男性 ・ 女性

生年月日

T  
S  
H  
R

令和  
検査日 年 月 日( ) :

貴院名

貴医師名

印

患者様電話番号

(臨床症状・紹介検査目的)

その他検査事項(技師への依頼等)

当院での診察を希望する

頭頸部

体幹部

脊椎

上肢

下肢

頭部ルーチン

T1 T2 FLAIR

DWI 脳MRA

T2\* 頸MRA

骨盤部

子宮 卵巣

前立腺 膀胱

腹部

MRCP

頸椎

胸椎

腰椎

仙尾骨

圧迫骨折

(胸椎～腰椎)

肩関節 (右・左)

肘関節 (右・左)

手関節 (右・左)

手 (右・左)

その他

股関節 (右・左)

膝関節 (右・左)

足関節 (右・左)

足 (右・左)

その他

VSRAD