

MRI 検査依頼書

1. 検査を受ける方の情報

フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
氏名	生年月日	T・S・H・R	年 月 日
電話番号 () -			
※佐田整形外科病院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明		

2. 傷病名・紹介目的

--

3. 検査内容

部位 検査部位に○を 付けてください	頸椎	(R・L)肩	(R・L)上腕	(R・L)股関節	(R・L)大腿	
	胸椎	(R・L)前腕	(R・L)肘	(R・L)膝	(R・L)下腿	
	腰椎	(R・L)手関節	(R・L)手	(R・L)足関節	(R・L)足	
	仙・尾骨					
備考 その他、特別な指示 等あればご記入くだ さい						
水平断(AXI)	T1	T2	T2*	PD	脂肪抑制	その他()
矢状断(SAG)	T1	T2	T2*	PD	脂肪抑制	その他()
冠状断(COR)	T1	T2	T2*	PD	脂肪抑制	その他()
Myelo(2D ・ 3D) Radial その他()						

4. チェックリスト(下記の医療機器は MRI 対応機器の場合でも、当院では撮像を行っていません)

<p>・心臓ペースメーカー ・人工内耳 ・迷走神経刺激装置(VNS)</p> <p>・脊髄刺激装置(SCS) ・脳深部刺激装置(DBS) ・V-P シェント など</p> <p>不明な場合はデバイス手帳・メーカー情報の確認をお願いします</p> <p>※上記のものが体内にある方は、MRI 検査を受けることができません</p>

依頼元医療機関 :	TEL () -
医師名 :	
依頼先医療機関 :	医療法人社団 正樹会 佐田整形外科病院

検査予約後、下記に記載の FAX 番号までこちらの依頼書をお送りください。

医療法人社団 正樹会 佐田整形外科病院
TEL 092-864-6556 FAX 092-861-4807

MRI 検査依頼書

1. 検査を受ける方の情報

フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
氏名	生年月日	T・S・H・R	年 月 日
電話番号 () -			
※佐田整形外科病院受診歴		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明	

2. 傷病名・紹介目的

疑い疾患等をお願いします

3. 検査内容

部位 検査部位に○を 付けてください	頸椎	(R・L)肩	(R・L)上腕	(R・L)股関節	(R・L)大腿	
	胸椎	(R・L)前腕	(R・L)肘	(R・L)膝	(R・L)下腿	
	腰椎	(R・L)手関節	(R・L)手	(R・L)足関節	(R・L)足	
	仙・尾骨					
備考 その他、特別な指示 等あればご記入くだ さい	<p style="color: red;">例 1 (腰椎)</p> <p style="color: red; text-align: center;">Bone image SAG 等</p> <p style="color: red;">例 2 (左膝)</p> <p style="color: red;">PD FST SAG (T2 以外の脂肪抑制を希望の場合)、T2* 3D 等</p>					
水平断 (AXI)	T1	T2	T2*	PD	脂肪抑制	その他()
矢状断 (SAG)	T1	T2	T2*	PD	脂肪抑制	その他()
冠状断 (COR)	T1	T2	T2*	PD	脂肪抑制	その他()
	Myelo (2D ・ 3D)		Radial	その他()		

4. チェックリスト (下記の医療機器は MRI 対応機器の場合でも、当院では撮像を行っていません)

<ul style="list-style-type: none"> ・心臓ペースメーカー ・人工内耳 ・迷走神経刺激装置 (VNS) ・脊髄刺激装置 (SCS) ・脳深部刺激装置 (DBS) ・V-P シヤント など <p style="text-align: center;">不明な場合はデバイス手帳・メーカー情報の確認をお願いします</p> <p style="text-align: center;">※上記のものが体内にある方は、MRI 検査を受けることができません</p>	} 必ず確認を
---	---------

依頼元医療機関 :	TEL () -
医師名 :	
依頼先医療機関 :	医療法人社団 正樹会 佐田整形外科病院

検査予約後、下記に記載の FAX 番号までこちらの依頼書をお送りください。

医療法人社団 正樹会 佐田整形外科病院
TEL 092-864-6556 FAX 092-861-4807