

MRI 指示票

前回検査（有・無）

検査日時 年 月 日

フリガナ		依頼施設	
氏名	様	依頼医師	
生年月日	西暦 年 月 日（男・女）		

検査部位	【頭頸部】 ☐ 頭部 ☐ 眼窩 ☐ 頸部
	【腹部】 ☐ 腹部
	【骨盤部】 ☐ 骨盤部 ☐ 膀胱 ☐ 前立腺 ☐ 骨盤骨
	【脊椎】 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 胸腰椎移行部 ☐ 腰椎 ☐ 仙骨・尾骨
	【上肢】 ☐ 肩関節 ☐ 上腕 ☐ 肘 ☐ 前腕 ☐ 手関節 ☐ 手（右・左）
	【下肢】 ☐ 股関節 ☐ 大腿 ☐ 膝 ☐ 下腿 ☐ 足関節 ☐ 足（右・左）
	【その他】

撮影事項		T1	T2	T2 FatSAT		
	軸位断 (Axial)					
	矢状断 (Sagital)					
	冠状断 (Coronal)					

アーチファクト（有・無）

【臨床診断・病歴・指示事項】