MRI 指示票

前回検査 (有 ・ 無)

検査日時	年 月 日	時 分
------	-------	-----

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

検査部位	頭頸部	頭部 ・ 眼窩 ・ 頸部
	骨盤部	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 (Sagittal)					
	冠状断 (Coronal)					

アーチファクト (有 ・ 無)

【 臨床診断 ・ 病歴 ・ 指示事項 】

--

MRI No. _____

撮影者 _____