保険種別		
		保　　険
		労　　災
		交 通 事 故

M R I 検 査 （指 示）

（患者住所は診療録記載の通り）

ID
氏名

生年月日

所属　　年月日

依 頼 医	撮 影 技 師

撮影日　　年　　月　　日

予約時間　AM PM　　時　　分

☐矢状断像　☐横断像
☐冠状断像　☐

半　　切	枚
体　　重	kg

単　純　・　造　影

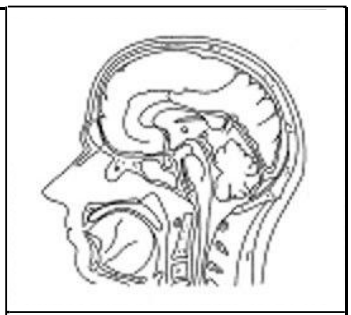
☐オムニスキャン　15 ・ 20　ml
☐リゾビスト　ml
☐フェリセルツ　包
☐

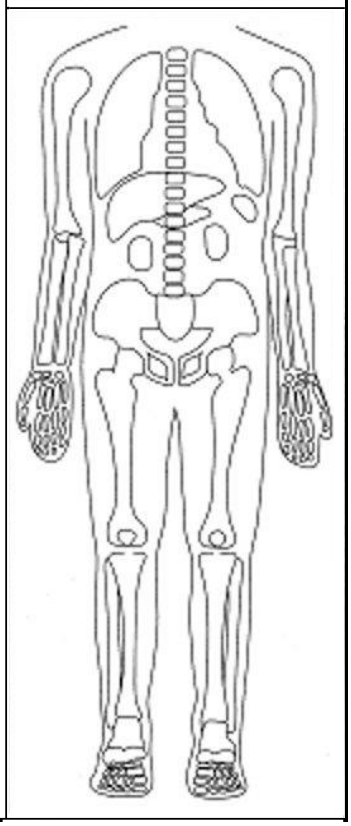
☐T1強調　☐FLAIR　☐拡散強調
☐T2強調　☐MRA　☐

頭　部 7823 7826	☐頭部 （OM-line） ☐眼窩 ☐副鼻腔 （　　） ☐唾液腺 （　　） ☐（　　）
頸　部 7823 7826	☐咽喉頭 ☐甲状腺 ☐リンパ ☐（　　）
胸　部 7818 7825	☐肺 ☐縦隔 ☐（　　）
腹　部 7818 7825	☐上腹部 （肝胆膵腎） ☐骨盤部 ☐MRCP ☐（　　）
脊　椎 7818 7825	☐頸椎（C　　） ☐胸椎（Th　　） ☐腰椎（L　　） ☐仙椎（S　　） ☐（　　）
四　肢 7717 7718	☐肩関節　R ・ L ☐膝関節　R ・ L ☐足関節　R ・ L ☐（　　）

臨床診断・検査目的

所見：





診断：

年　　月　　日　　診断医：

伊 豆 赤 十 字 病 院