

検査依頼伝票記入法

①

読影有り無しのご記入をお願いします。

②

造影有り無しのご記入をお願いします。

③

検査目的及び病名のご記入をお願いします。※造影の場合は腎機能のデータもご記入ください。

MRI検査依頼伝票

医師名：

読影 (有・無)

造影 (有・無)

Drコール (有・無)

次回説明

⑤

撮影したいシーケンスに○をお願いします。

(検査目的)

目的、病名

※造影検査は腎機能のデータも

④

撮影したい部位に✓をお願いします。

頭 部	
<input type="checkbox"/> 脳ドック (ルーチン+MRA)	その他指示
<input checked="" type="checkbox"/> ルーチン (T2・T2*・FLAIR・DWI)	
<input type="checkbox"/> 後頭蓋A (ルーチン+斜台直角T2・FLAIR)	
<input type="checkbox"/> 後頭蓋C (T2・DWI+斜台直角T2・T1)	
<input type="checkbox"/> 下垂体 (T2・T1) Sag+Cor	
<input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 (Rt・Lt or 両眼窩) <input type="checkbox"/> 内耳 (FIESTA)	
追加1: (FIESTA・VSRAD・BPAS・T1・FatSat(T2・T1)・STIR)	
<input checked="" type="checkbox"/> Sag(T1・T2・DWI・FatSat(T2・T1)・FLAIR・その他_____)	
追加2: <input checked="" type="checkbox"/> Cor(T1・T2・DWI・FatSat(T2・T1)・FLAIR・その他_____)	
M R A	
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部(腎動脈) <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
脊 椎	
<input type="checkbox"/> 頸椎 Sag(T2・T1)+Axi(T2・FIESTA) 追加: FatSatT2・STIR	その他指示
<input type="checkbox"/> 胸椎 Sag(T2・T1)+Axi(T2)+Cor(FIESTA) 追加: FatSatT2・STIR	
<input type="checkbox"/> 腰椎 Sag(T2・T1)+Axi(T2)+Cor(FIESTA) 追加: FatSatT2・STIR	
腹 部～骨 盤	
<input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> その他部位(_____)	その他指示
<input type="checkbox"/> Axi: T2・T1・T1DualEcho・DWI・FatSat(T2・T1)	
<input type="checkbox"/> Sag: T2・T1・FatSat(T2・T1)	
<input type="checkbox"/> Cor: T2・T1・FatSat(T2・T1)	
四 肢	
<input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 指 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足関節	その他指示
<input type="checkbox"/> Axi: T2・T1・PD・T2*・FatSat(T2・T1)・STIR	
<input type="checkbox"/> Sag: T2・T1・PD・T2*・FatSat(T2・T1)・STIR	
<input type="checkbox"/> Cor: T2・T1・PD・T2*・FatSat(T2・T1)・STIR	
使 用 薬 剤	
<input type="checkbox"/> オムニスキャン15mlシリンジ1本 <input type="checkbox"/> フェリセルツ2本 <input type="checkbox"/> 生食 100ml1本 <input type="checkbox"/>	技 師 名

⑥

追加したいシーケンスに○をお願いします。Sag、Corを追加したい場合、追加したい方に✓をお願いします。

⑦

頭部以外の撮影も同じ記入方法をお願いします。