

検査日

年 月 日 午前・午後 時 分

MRI 報告書

チェックリスト

- 1. 心臓ペースメーカー (有・無)
- 2. 脳動脈瘤クリップ・コイル (有・無)
- 3. 人工骨頭・関節・その他金属 (有・無)
- 4. 感染症 (有・無・不明)
- 5. 移動手段 (徒歩・車椅子・ストレッチャー)
- 6. 妊娠 (有・無)
- 7. 安静 (可・不可)
- 8. 体重 (kg)
- 9. 連絡、特記事項 ()

撮 影 部 位

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭部 | <input type="checkbox"/> 上咽頭 | <input type="checkbox"/> 子宮卵巣 |
| <input type="checkbox"/> 頭部MRA | <input type="checkbox"/> 中咽頭 | <input type="checkbox"/> 膀胱 |
| <input type="checkbox"/> 頸部MRA | <input type="checkbox"/> 下咽頭 | <input type="checkbox"/> 前立腺 |
| <input type="checkbox"/> 頭部diffusion | <input type="checkbox"/> 乳房 | <input type="checkbox"/> 頸椎 |
| <input type="checkbox"/> 内耳 | <input type="checkbox"/> 肝臓 | <input type="checkbox"/> 胸椎 |
| <input type="checkbox"/> 下垂体 | <input type="checkbox"/> 胆嚢 | <input type="checkbox"/> 腰椎 |
| <input type="checkbox"/> 眼窩 | <input type="checkbox"/> 脾臓 | <input type="checkbox"/> () 関節 |
| <input type="checkbox"/> 舌 | <input type="checkbox"/> 腎臓 | <input type="checkbox"/> () |

造影剤・生理食塩水

- | | |
|---------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> ガドピスト | 10ml |
| <input type="checkbox"/> プリモピスト | 10ml |
| <input type="checkbox"/> 生理食塩水 | 500ml |

【読 影】

要 ・ 不要

P ・ CE ・ P+CE

【指示及び希望事項】

【臨床診断】

【検査目的】

【臨床経過】

科 主治医

診断：