

撮影詳細指示・依頼内容（臨床所見）

患者様氏名： _____

読影	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 * 読影が必要な場合は詳細を目的または情報提供書へ記載してください
検査目的	
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 右・左（ ）関節 <input type="checkbox"/> その他（ ）

※ 撮影範囲等、注意事項をご記入ください



撮影条件（ルーティン以外の指示がある場合は以下へ記載ください）

●MRI

脊椎（頸、胸、腰など）	Sagittal : T1、T2、T2 脂肪抑制 Axial : T1、T2	※ 腰椎分離症は Coronal も撮影します ※ 圧迫骨折は SagittalT1、T2 脂肪抑制のみ
膝関節	Coronal : T1、T2*、T2 脂肪抑制 Sagittal : T2*、T2 脂肪抑制 Axial : T2*	
肩関節	Coronal : T1、T2、T2 脂肪抑制 Sagittal : T1、T2 Axial : T1、T2	※ 腱板損傷は Coronal : T2、T2 脂肪抑制 SagittalT2、Axial : T2 のみ
股関節	Coronal : T1、T2、T2 脂肪抑制 Axial : T1、T2、T2 脂肪抑制	
その他の部位でも骨折があれば、T1 と T2 脂肪抑制を必要に応じて撮影します。		

ご指定条件がある場合は当該条件に○印をつけてください

Sagittal (矢状断)	<input type="checkbox"/> T1	<input type="checkbox"/> T2	<input type="checkbox"/> T2 脂肪抑制	<input type="checkbox"/> T1 脂肪抑制	<input type="checkbox"/> 拡散強調
Coronal (冠状断)	<input type="checkbox"/> T1	<input type="checkbox"/> T2	<input type="checkbox"/> T2 脂肪抑制	<input type="checkbox"/> T1 脂肪抑制	<input type="checkbox"/> 拡散強調
Axial (横軸断)	<input type="checkbox"/> T1	<input type="checkbox"/> T2	<input type="checkbox"/> T2 脂肪抑制	<input type="checkbox"/> T1 脂肪抑制	<input type="checkbox"/> 拡散強調

●CT（必要に応じて、該当条件に○印をつけてください）

MPR	Sagittal (矢状断)	Coronal (冠状断)
3D	※縦回転、横回転（360°）がルーティンとなります。	

※Volume データ（生データではありません）も含めてお渡しいたします。

●その他