撮影詳細指示・依頼内容（臨床所見）　患者様氏名：

|  |  |
| --- | --- |
| 読影 | □　必要　　□　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 |  |
| □ MRI□ CT | □骨盤　□股関節　□頚椎　□胸椎□腰椎　□頭部　 □胸部 □腹部□右・左（　　　　）関節□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（頚、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、T2Axial：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） | T1 | T2 | T2脂肪抑制 | T1脂肪抑制 | 拡散強調 |
| Coronal（冠状断） | T1 | T2 | T2脂肪抑制 | T1脂肪抑制 | 拡散強調 |
| Axial（横軸断） | T1 | T2 | T2脂肪抑制 | T1脂肪抑制 | 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

医療法人　慈和会　吉田整形外科病院（地域医療連携室）