

# MRI・骨密度検査予約依頼書

医療生協かわち野生活協同組合

TEL 06-6727-3131

東大阪生協病院 地域連携課 宛

FAX 06-6727-3284

記載日 平成 年 月 日

<b>ご紹介元医療機関</b>	
名称 _____	医師名 _____ 印 _____
所在地 _____	
TEL _____	FAX _____
希望検査日 【第1希望日】 年 月 日 ( ) 【第2希望日】 年 月 日 ( )	
患者様情報	
フリガナ _____	○男 <input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成
氏名 _____	○女 _____ 年 月 日生 ( 歳)
住所 _____	TEL _____
当院受診歴: <input type="checkbox"/> あり (患者様ID番号: _____) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
現在の状況: <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 ( <input type="checkbox"/> 出来高算定 <input type="checkbox"/> DPC算定 <input type="checkbox"/> その他)	

## 検査項目

頭部MRI	単純	造影	部位 (目安時間)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頭部(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頭部+T2STAR(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頭部+VSRAD(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頭部+副鼻腔(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頭部+頸部MRA(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頭部+脳幹(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頭部+脳梁 (60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	眼窩 (60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	内耳 (60)

脊柱MRI	単純	造影	部位 (目安時間)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頸椎(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	胸椎(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	腰椎(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	仙、尾骨(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	全脊椎(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頸椎+ミエ口(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	胸椎+ミエ口(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	腰椎+ミエ口(30)

頸部MRI	単純	造影	部位 (目安時間)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頸部(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	甲状腺(30)

下腹部	単純	造影	部位 (目安時間)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	骨盤部(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	子宮・卵巣(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	前立腺(60)

上腹部	単純	造影	部位 (目安時間)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	上腹部(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	肝臓(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	胆嚢(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	膵臓(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	腎臓(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	上腹部+MRCP(60)

下肢MRI	単純	造影	部位 (目安時間)
<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	股関節(60)
<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	大腿(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	下腿(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	膝関節(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	足関節(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	足(60)

\* 左・右、目的部位、に○を打って下さい  
\* 両側(上肢・下肢)の場合は約2倍かかります。

上肢MRI	単純	造影	部位 (目安時間)
<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	肩関節(60)
<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	上腕骨(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	肘関節(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	前腕骨(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	手関節(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	手(60)

骨密度検査(DEXA法)	
	腰椎+股関節
	腰椎のみ

依頼内容・具体的指示・注意事項など	
<b>検査結果</b>	画像: <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 不要 読影レポート: <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 検査のみ

**※問診および同意書も必ずご記入ください。**