

# 撮影依頼表(CT/MRI)

指示医

施設名

①

いわき病院放射線科へお持ちください。

いわき病院TEL:0246-88-7101  
代表FAX:0246-88-7075

いわき病院 ID	*患者住所はカルテに記載。
患者名	画像CD持ち帰り <input type="checkbox"/> 有
生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 無い場合Downloadとなります。

病棟	
診療科	

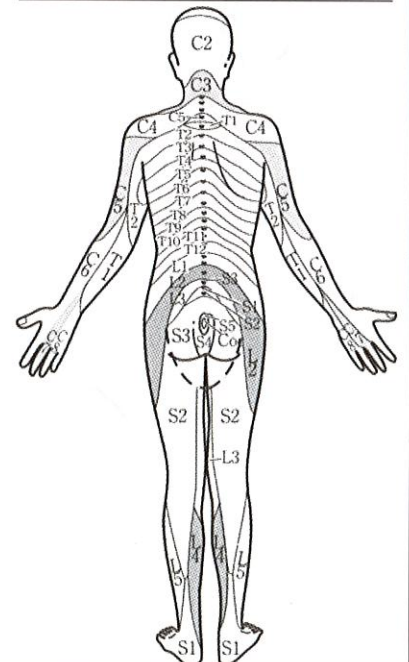
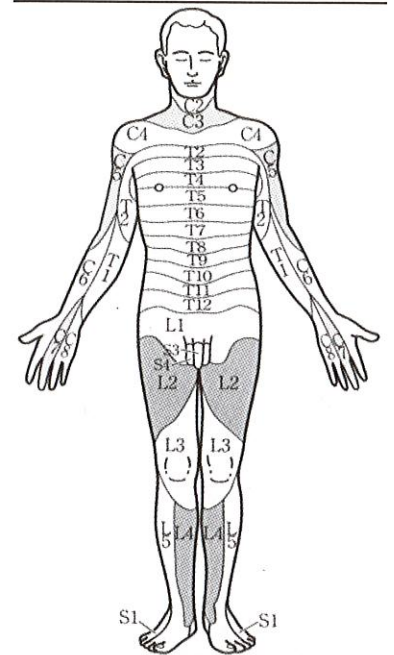
## MRI指示録

1☑1枠です。時間枠の上限があります。  
予約時にご確認ください。

## 【疾患名】

頭部	<input type="checkbox"/>	頭部ルーチン+頭部MRA (+頸部MRA必要な時○)
	<input type="checkbox"/>	VSRAD
	<input type="checkbox"/>	脳血管basilar(頭部MRA.Bpas)
	<input type="checkbox"/>	脳神経Tractography
	<input type="checkbox"/>	その他( )
その他頭部	<input type="checkbox"/>	下垂体
	<input type="checkbox"/>	聴神経
	<input type="checkbox"/>	副鼻腔
	<input type="checkbox"/>	視神経
	<input type="checkbox"/>	その他( )
小脳脳幹	<input type="checkbox"/>	小脳脳幹(T1.T2 SAG+COR)
	<input type="checkbox"/>	脳血管basilar(頭部MRA.Bpas)
	<input type="checkbox"/>	その他( )
脊椎	<input type="checkbox"/>	部位( )
MRA(頭頸部以外)	<input type="checkbox"/>	部位( )
心臓	<input type="checkbox"/>	心筋
	<input type="checkbox"/>	冠動脈
腹部	<input type="checkbox"/>	部位( )
骨盤腔	<input type="checkbox"/>	部位( )
上肢関節	<input type="checkbox"/>	部位( )
下肢関節	<input type="checkbox"/>	部位( )
DWIBS	<input type="checkbox"/>	全身・部位( )
その他	<input type="checkbox"/>	

## 【詳細指示】(造影 有)



## CT照射録

1☑1枠です。時間枠の上限があります。  
予約時にご確認ください。

頭部	<input type="checkbox"/>	部位( )
小脳	<input type="checkbox"/>	部位( )
脊柱	<input type="checkbox"/>	部位( )
胸部	<input type="checkbox"/>	部位( )
腹部臓器	<input type="checkbox"/>	部位( )
骨盤腔	<input type="checkbox"/>	部位( )
上記以外	<input type="checkbox"/>	

撮影条件	Kvp	mA · sec	造影剤	3D処理	撮影技師	医事