

画像診断報告書

患者ID	〇〇〇〇-〇〇〇〇		
患者氏名	〇〇 〇〇 様 (女)	生年月日	19XX年XX月XX日(検査時65歳)
臨床診断	神経サルコイドーシス		
検査目的	下垂体機能低下にてフォロー中の方です。多発の結節影を認め、神経サルコイドーシスの可能性を疑っております。造影効果の有無を含めて経過観察目的です。御高診をよろしくお願い申し上げます。		
臨床情報	体内ペースメーカー【無】体内金属【無】被曝歴【不明】		
部位/モダリティ	頭部 / MR	検査日時	20XX年XX月XX日 XX:XX
検査実施医療機関	〇〇病院	造影剤	マグネブ`ストリンジ 37.14%10mL 1本
依頼医/依頼科	△△ △△ / 第3内科	病棟	
希望対応	通常		
読影担当医	〇〇 〇〇		
読影所見	両側前頭様底部内側の脳表、第三脳室底部から下垂体柄、脳幹・上部頸髄周囲に結節状、板状の異常増強効果を認め、下垂体も腫大しています。神経サルコイドーシスに相当する病変と考えられます。 拡散強調像において頭蓋内に有意な異常高信号域は認めません。 明らかな頭蓋内出血、梗塞、その他の頭蓋内器質病変は指摘できません。 小脳橋角部及び内耳道に明らかな器質病変は認めません。 その他、有意な異常は認めません。		
読影診断	両側前頭様底部脳表、第三脳室底部から下垂体柄、脳幹・上部頸髄周囲の異常増強効果:神経サルコイドーシスを疑います。		

