

検査日		病院名	
氏名		診療科	
ID番		担当医	
生年月		検査部	右膝
年齢		造影剤	
性別		フィル	4枚

所見

(右)膝MRI

1. (右)脛骨高原骨折 + 腓骨近位の骨折を認めます。
2. (右)膝関節に少量の血腫を認めます。
3. その他に異常は認められません。

【(右)腓骨・脛骨骨折。】

画像

