

# MRI 検査 依頼書

紹介医院名( ) 依頼医( ) 印

検査日 年 月 日

ID

氏名

生年月日

性別

造影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 (別紙問診票同意書の記載をお願いします)	チェック項目 (必ずご記入下さい)
検査CD搬送 <input type="checkbox"/> 患者受け渡し <input type="checkbox"/> 郵送 (基本的に当日患者へ直接受け渡します)	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー
読影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 埋め込み型除細動器
体重 kg	<input type="checkbox"/> 可動型義眼
	<input type="checkbox"/> 深部脳刺激装置
	<input type="checkbox"/> 人工内耳・人工中耳
	上記がある場合は検査が出来ません。

検査部位		<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤止血クリップ
頭 部	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 後頭蓋窩 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> VSRAD	<input type="checkbox"/> 人工心臓弁
頸 部	<input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 副甲状腺 <input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> 冠動脈ステント挿入
胸 部	<input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 大動脈	<input type="checkbox"/> 人工骨頭
腹 部	<input type="checkbox"/> 肝脾 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> インプラント・磁石式入れ歯
	※MRCP時 ボースデル250cc飲用( <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可 )	<input type="checkbox"/> 妊娠中または妊娠の可能性がある方
骨盤腔	<input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> V-Pシャント
脊 椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨	<input type="checkbox"/> 鉄片などの破片
四肢関節	<input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手関節	<input type="checkbox"/> 術後3ヶ月未満の体内金属埋め込み手術をされた方
		<input type="checkbox"/> 植え込み型プログラマブル注入ポンプ
		<input type="checkbox"/> 装着・貼り付け型センサー(リブレ等)
その他		<input type="checkbox"/> 体内・体表電子機器類 ( )
		<input type="checkbox"/> 体内・体表金属類 ( )
		上記がある場合は検査が出来ない場合がありますので、放射線部へお問い合わせ下さい。
		○カラーコンタクトレンズは火傷の恐れがあるので外して頂きます。
		手術の既往 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
特記事項		体内埋込金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
		不整脈 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		長時間の静止 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
		HBs抗原 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 未検
		HCV抗体 <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 未検
		患者搬送状態 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー

臨床診断又は検査目的：