

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

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)	読影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	体重 kg	チェック項目 (必ずご記入下さい)
--	---	-------	-------------------

検査部位	
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
頸 部	<input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 副甲状腺 <input type="checkbox"/> MRA
胸 部	<input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 大動脈
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
	※MRCP時 ボースデル250cc飲用(<input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可)
骨盤腔	<input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺
脊 椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨
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

その他	
-----	--

特記事項	
------	--

臨床診断又は検査目的 :	
--------------	--

<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 埋め込み型除細動器 <input type="checkbox"/> 移植蝸牛刺激装置(人工内耳) <input type="checkbox"/> 人工中耳 <input type="checkbox"/> 神経刺激装置(SCC 脊髄刺激療法) <input type="checkbox"/> 埋め込み型プログラマブル注入ポンプ <input type="checkbox"/> 埋め込み型心臓モニタ(心電図等) <input type="checkbox"/> 深部脳刺激装置 <input type="checkbox"/> その他埋め込み型電子医療機器 <input type="checkbox"/> 頰動脈クランプ(Poppen-Blaylock製) <input type="checkbox"/> 可動型義眼 <input type="checkbox"/> スワングアンツカテーテル <input type="checkbox"/> V-P, L-P, VAシャント <input type="checkbox"/> その他添付文書MR Unsafeと表記のある医療機器 ※上記がある場合は検査が出来ません。(条件付きMRI対応製品含む) <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤止血クリップ <input type="checkbox"/> 整形インプラント(人工関節・人工骨頭等) <input type="checkbox"/> CVポート(オルフィスCV) <input type="checkbox"/> 消化管クリップ (オリンパス社製 ディスポーザブルクリップHX-610を除く製品) <input type="checkbox"/> 胸骨ワイヤー <input type="checkbox"/> 膵管・胆管・大腸ステント <input type="checkbox"/> 心臓・大動脈ステント <input type="checkbox"/> 永久アイライン <input type="checkbox"/> 美容に伴う埋込み、装飾品 金糸(リフトアップ)等 <input type="checkbox"/> 歯科矯正 <input type="checkbox"/> 歯科インプラント(磁石式アタッチメント) <input type="checkbox"/> 持続グルコース測定器(フリースタイルブル等) <input type="checkbox"/> DIBキャップ(尿路カテーテル用) <input type="checkbox"/> 体外固定具(金属を含む) ハローベスト(頸椎カラー) 頸椎コルセット、ギブス、シーネ等 <input type="checkbox"/> ストーマ(金属含む) ※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。 <input type="checkbox"/> 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 ()
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