

MRI検査 依頼票(診療情報提供書)

記入日

年 月 日

フリガナ
氏名
生年月日 T・S・H・R 年 月 日
性別 男 ・ 女
身長/体重 cm kg

医療機関名

依頼医師

※ 検査の際必要となりますのでご記入下さい

予約日時	月 日	午前 午後	時 分	より
------	-----	-------	-----	----

依頼内容
1. 頭部 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔
2. 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喉頭
3. 胸部 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 胸郭
4. 腹部 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> ポースデル <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
5. 骨盤 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺
6. 脊髄 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎
7. 関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ()
8. MRA ()
9. その他 ()

傷病名・紹介目的

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過

現在の処方・備考

■以下の項目につきまして、確認後チェックをお願いします。(必ずご記入下さい)

※ 禁忌事項:該当する場合は検査不可

・検査当日時点での妊娠および妊娠の可能性

・下記医療デバイス等を装着されている方

心臓ペースメーカー、植込型除細動器、埋込型心電図測定器、挿入2ヶ月以内のステント、

神経刺激装置などの体内装置、DBS(脳深部刺激療法で使用する機器)、脳動脈クリップ、

可動性義眼、人工内耳、乳房再建術による皮膚拡張器、鍼治療による置針、インスリンポンプ、

持続血糖測定器 (Freestyleリブレ等)

・ジェルネイル、マグネットネイル

① 該当する場合は、施工された施設に検査可否の確認をお願いします

・磁石を使用したインプラントおよび入れ歯、歯科矯正

・その他 体内医療機器 (部位: 時期:)

体内金属 (部位: 時期:)

② 閉所恐怖症 ※患者様の意向・状態により中止となることがあります

③ 刺青・アートメイク ※熱感、変色の可能性があります。ご了承の上での検査となります

※患者様の意向・状態により中止となることがあります

④ 禁忌事項および上記①②③に対する確認あり、検査可能

◎ 記録媒体はCD-Rとなります

不要等のご希望はコメントをお願いします ()

東川口病院 地域医療連携課 (直通)

048-295-1001

担当技師