診療情報提供書（MRI検査依頼票）

検査日	年　月　日			依頼元病院名	
予約時間	時　分			依頼医	
ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	T・S・H・R 年　月　日
結果	後日お届け　・　郵送　・　CD-Rのみ本人渡し（読影郵送）			希望媒体	CD-R　・　フィルム

病名（主訴）

検査目的（具体的に記入をお願い致します。）

検査指示　：　単純	体重（　　）kg	食事制限	無　・　朝禁　・　昼禁

検査部位（検査部位に〇印をお願い致します。）

1. 頭部　脳・下垂体・脳幹部・内耳道
2. 頭頚部　眼窩・副鼻腔・頚部
3. 脊椎　頚椎・胸椎・腰椎
4. 胸部　縦隔・乳腺
5. 上腹部　肝・胆・膵・腎・MRCP
6. 骨盤部　子宮・卵巣・膀胱・前立腺
7. 上肢　（右・左）　肩関節・肘関節・手関節　その他（　　）
8. 下肢　（右・左）　股関節・膝関節・足関節　その他（　　）
9. MRA　頭部・頚部・体幹部・下肢
10. その他　（　　）

撮像方法※撮像時間が長いため、全て検査出来ない場合があります。2方向以上は必要順に番号を書いてください。

□（　）横断面（Axial）	□T1	□T2	□FLAIR	□DWI	□造影	□その他（　）
□（　）矢状断面（Sagittal）	□T1	□T2	□FLAIR		□造影	□その他（　）
□（　）前額断面（Coronal）	□T1	□T3	□FLAIR		□造影	□その他（　）

MRI予約確認事項（下記に該当する方はチェックをお願いします。）

ペースメーカー	□なし	□あり	閉所恐怖症	□なし	□あり
人工内耳	□なし	□あり	妊娠	□なし	□あり
動脈瘤クリップ・コイル	□なし	□あり	感染症	□なし	□あり
体内金属物	□なし	□あり	入れ墨	□なし	□あり

上記の項目以外で手術歴や何か埋め込まれている物がある場合は記入をお願い致します。

医療法人社団愛友会　三郷中央総合病院
検査予約先　放射線科（直通）：048-953-1324
FAX送付先　地域連携課（直通）：048-949-2216