

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	
氏名	性別 男・女	病名(主訴)	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	希望媒体	CD-R・フィルム
食事制限	無・朝禁・昼禁	結果	後日お届け・本人渡し
検査部位 (検査部位に○印をお願い致します。)		検査目的 (具体的に記入をお願い致します。)	
1. 頭部	脳・下垂体・脳幹部・内耳道		
2. 頭頸部	眼窩・副鼻腔・頸部		
3. 脊椎	頸椎・胸椎・腰椎		
4. 胸部	縦隔・乳線		
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・頸部・体幹部・下肢		
10. その他	()		
		検査指示：単純・造影	体重()kg
撮影方法 ※撮影時間が長い為、全部撮れ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。			
<input type="checkbox"/> () 横断面 (Axial)	<input type="checkbox"/> T1	<input type="checkbox"/> T2	<input type="checkbox"/> FLAIR
<input type="checkbox"/> () 矢状断面 (Sagittal)	<input type="checkbox"/> T1	<input type="checkbox"/> T2	<input type="checkbox"/> FLAIR
<input type="checkbox"/> () 前額断面 (Coronal)	<input type="checkbox"/> T1	<input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> FLAIR
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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
人工内耳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	妊娠 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
動脈瘤クリップ・コイル	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
体内金属物	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	入れ墨 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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いたします。			
造影剤を使用する場合は下記項目へのご記入もお願いいたします。			
1. 血清クレアチニン値 (目安 3ヶ月以内)	(mg/dl)
2. 造影剤を用いた検査を受けた事がありますか?	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()
3. そのとき、副作用はありましたか?	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()
4. アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか?	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()
5. 何か持病はありますか?	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()