

MRI 検査依頼票

紹介元医療機関の名称

ご担当医師名

患者氏名

生年月日 性別

電話番号(日中連絡のとれる電話番号)

— —

予約日時(紹介元医療機関からのご予約)

月 日 時 分

*下記事項のチェック☑をお願いいたします。

造影	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有		
●アレルギー(鉄【MRI】・ヨード【CT】)、ぜん息、小児ぜん息、妊娠又は妊娠の可能性、クレアチニン値(Cr)値2.0以上の方は原則、造影禁忌				
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
除細動器	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	義眼・義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
人工内耳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	人工骨頭・関節	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
手術歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	[部位・術式等]	
感染症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	[]	
その他患者様留意事項	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	[妊娠、閉所恐怖症等]	

臨床診断名

検査目的および臨床経過など

検査部位

頭部 (脳 ・ MRA)

頸椎 胸椎 胸腰椎移行部

腰椎 仙尾椎

腹部 (上腹部 ・ MRCP)

その他 []

撮影に関して、ご要望があればご記入お願いいたします。(冠・矢状断層画像追加、VSRAD解析等)

[]

読影	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要
画像	<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> フィルム

※チェック☑のない場合は各医療機関様との元々の取り決めに従います。

常盤台外科病院
〒 174-0071 東京都板橋区常盤台2-25-20
TEL 03(3960)7211~4 (代)
TEL/FAX 03(3960)1621 (放射線科直通)