

診療情報提供書 《MRI検査依頼書》

ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 () 歳	男・女
患者氏名				
依頼元	(病院・医院・クリニック)	依頼医師名		先生
予 約	<input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 診察希望 (診療科・医師:) 年 月 日 午前・午後 時 分 ~			
検査目的				
既往歴及び症状経過・治療経過				
現在の処方・備考				
撮影部位				
<input type="checkbox"/> 頭 部ルーチン (AX: T1 T2 T2* FLAIR DWI MRA) <input type="checkbox"/> 頭 部 その他 [] <input type="checkbox"/> 頸 部ルーチン <input type="checkbox"/> 頸動脈MRA <input type="checkbox"/> 頸 椎ルーチン <input type="checkbox"/> 胸 椎ルーチン <input type="checkbox"/> 腰 椎ルーチン <input type="checkbox"/> 腹部 (肝臓・腎臓・他) <input type="checkbox"/> 骨盤 () <input type="checkbox"/> 肩関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 肘関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 手関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 股関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 膝関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 足関節 (右・左) <input type="checkbox"/> その他 []				
MRIチェックリスト				
●手術歴 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→詳細記入 ()) ●ペースメーカー (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→検査不可) ●体内金属・歯科インプラント (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有※→詳細記入 ()) ※体内金属はMRI対応品である (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) ●閉所恐怖症 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→検査不可) ●刺青 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ●妊娠の可能性 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ●その他特記事項				
検査結果				
画像 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 不要 読影レポート ※『検査のみ』で依頼時のみ選択可。 <input type="checkbox"/> 郵送 (検査日より3日程度) <input type="checkbox"/> 当日持ち帰り (撮影終了から3時間程度でお渡しできます)				

