

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)

頚椎 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)