

MRI検査依頼票・診療情報提供書

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男 女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日

紹介元	医療機関名
	所在地
	連絡先 TEL: FAX:
	医師名

検査部位
1 ☐ 頭部(+ ☐ ASL + ☐ VSRAD) ☐ 下垂体 ☐ 内耳(顔面神経関連) ☐ 頸部MRA
2 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎
3 ☐ MRCP ☐ 上腹部(肝胆脾腎) ☐ 骨盤腔
4 ☐ 関節 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 肩 ☐ 肘 ☐ 手 ☐ 股 ☐ 膝 ☐ 足
5 ☐ 四肢 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 上腕 ☐ 前腕 ☐ 手 ☐ 大腿 ☐ 下腿 ☐ 足
* 基本 1 部位検査となります。
* 上記にない部位、撮影が必要なシーケンス等あれば[臨床情報・臨床診断]の項目に記入して下さい。
*【読影： 要 ・ 不要 】

臨床情報・臨床診断

MRI安全確認：	
★体内金属の有無	☐ あり（非磁性体か？ ☐ はい ☐ いいえ ☐ わからない） ☐ なし
○心臓ペースメーカーはないか	☐ あり ☐ なし
○シャントバルブはないか	☐ あり ☐ なし
○閉所恐怖症	☐ あり ☐ なし
○刺青（アートメイクを含む）	☐ あり ☐ なし
○貼り薬やエレキバン等	☐ あり ☐ なし
○妊娠または可能性	☐ あり ☐ なし
○MRI検査歴	☐ あり ☐ なし （いつ頃 西暦 年 ）

【コメント欄】

確認者：	撮影技師：
------	-------