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	医事課入力コード
1 □頭部(＋□ASL　＋□VSRAD) □下垂体　□内耳(顔面神経関連)　□頸部MRA	基本コード　7727･7912(回数) 1 脳 88965
2 □頸椎　□胸椎　□腰椎	2 頸部 89954
3 □MRCP　□上腹部(肝胆膵腎)　□骨盤腔	3 血管　造影　7969
4 □関節　□右　□左 □肩　□肘　□手　□股　□膝　□足	4 胸部 88956 5 心臓 88956
5 □四肢　□右　□左 □上腕 □前腕 □手 □大腿 □下腿　□足	6 腹部 88957 7 四肢 88959
＊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　】	8 関節 肩 88955 股 88958 膝 88960 9 脊椎 頸椎 88961　胸椎 88962 腰椎 88963 10 その他 9026

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　）

確認者：　撮影技師：

医療法人社団 成仁会 長田病院 放射線科　TEL：045-842-1121　FAX：045-842-1528