

**診療情報提供書・MRI検査依頼書・安全確認票**

|      |    |    |    |     |       |             |
|------|----|----|----|-----|-------|-------------|
| 患者氏名 |    |    |    | 依頼元 | 医療機関名 |             |
|      |    |    |    |     | 所在地   |             |
| 生年月日 | 西暦 | 年  | 月  |     | 日     | 連絡先 TEL FAX |
| 身長   | cm | 体重 | kg |     | 依頼医   |             |

**検査部位 (レ点をいれてください)**

- 頭部( +  頸部MRA +  VSRAD)  
 頸椎  胸椎  腰椎  
 MRCP  上腹部(肝胆膵腎)  骨盤腔  
 左  肩  上腕  肘  前腕  手関節  手  股関節  大腿  膝  下腿  足関節  足  
 右  肩  上腕  肘  前腕  手関節  手  股関節  大腿  膝  下腿  足関節  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]の欄に記入して下さい。

**臨床情報・臨床診断**

読影  必要  不要

**MRI安全確認票 (該当するものにレ点をいれてください)**

- 体内金属・磁性体  あり  なし  
 機械式人工内耳  磁石式義眼  心臓ペースメーカー  除細動  美容用金属糸  
 カプセル内視鏡  
 取り外しできないもの  あり  なし  
 ホルター心電計  持続血糖測定器  その他医療器具 ( )  
 付爪  ピアス  その他 ( )  
 医師の判断で検査できるもの  あり  なし  
 人工関節  骨の固定具・ボルト(部位: )  
 条件付きで検査できるもの  あり  なし  
 内視鏡クリップ(施行後8週で可)  スtent留置(施行後2ヶ月で可)  
 その他  あり  なし  
 刺青・アートメイク(部位: )  
 外せない歯科関係  あり  なし  
 義歯  インプラント  金・銀歯  矯正  差し歯  
 その他 ( )  
 閉所恐怖症またはその可能性  あり  なし  
 妊娠および妊娠の可能性  あり  なし