

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 ()
 妊娠および妊娠の可能性 あり なし