

MRI・CT検査依頼票 診療情報提供書

検査予約 平成 年 月 日
日時 □午前□午後 時 分

フリガナ
氏名
年齢 □明□大□昭□平 西暦 年 月 日生 歳
性別 □男 □女 ※MRI検査→体重 kg
連絡先 Tel. 携帯 □自宅□勤務先

ご依頼元施設名 □クリニック □診療所 □医院 □病院
ご依頼医師名 印
ご住所

検査種別 □MRI □CT

検査部位 (当院ルーチン検査でよろしければ、以下のチェックのみで結構です。)

頭頸部	胸部	腹部	骨盤部	脊椎	四肢
<input type="checkbox"/> 頭部 ※MRIはルーチンにMRAが付きます。 <input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上腹部 +MRCP (※MRI) <input type="checkbox"/> 腎臓・副腎	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> () 関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> その他の部位 []					
特に描出する部位がございましたら、チェックをお願いします。					
<input type="checkbox"/> VSRAD	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 内耳	<input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭
<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 大動脈	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 胆道・胆嚢	<input type="checkbox"/> 膵臓	<input type="checkbox"/> MRU
<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 卵巣	<input type="checkbox"/> 頸動脈MRA	<input type="checkbox"/> 下肢静脈MRA

*臨床診断、症状、検査目的などご記入ください。

MRI検査 チェック欄
※必ず確認をお願いします。

心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合 禁忌
人工内耳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
VPシャント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
人工関節	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
ステント・コイル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
その他体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ↓	
[]		
妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 週	
磁石式義歯・義眼	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
入れ墨(刺青)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

単純 造影→以下のチェックをお願いします。

造影剤副作用歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合 禁忌
喘息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
ヨードアレルギー ※CTのみ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

読影レポート 要 不要

※画像はCD-Rで提供致します。