

MRI 検査依頼状 (診療情報提供書)

平成 年 月 日

I D

フリガナ
患者氏名

様

紹介元医療機関名

所在地

生年月日 (M・T・S・H) . . . 男 . 女

住 所

TEL

FAX

(TEL - -)

担当医師名

印

検査日	年 月 日 () AM . PM :		技師名
検査部位		読影 (有・無)	フィルム枚数 半切 枚
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 天幕上下部 <input type="checkbox"/> 眼窩部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 中耳 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 肺野 <input type="checkbox"/> 大血管 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 股関節(右・左) (右・左) <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 上腕部 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 前腕部 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手 部 <input type="checkbox"/> 大腿部 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 下腿部 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足 部 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 顎下腺 <input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 肝・胆 <input type="checkbox"/> 膵・脾 <input type="checkbox"/> 副腎・腎 <input type="checkbox"/> 大血管 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 椎体 <input type="checkbox"/> 頸椎・頸髄 <input type="checkbox"/> 胸椎・胸髄 <input type="checkbox"/> 腰椎・腰髄 <input type="checkbox"/> 仙尾骨 <input type="checkbox"/>
		検査方法	造影剤
		<input type="checkbox"/> Plain <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Plain+CE <input type="checkbox"/> Dynamic <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> マグネスコープシリンジ () ml <input type="checkbox"/> EOB・プリモビストシリンジ () ml <input type="checkbox"/> ボースデル内用液10
		特記事項	身長
			cm
		特記事項	体重
			kg

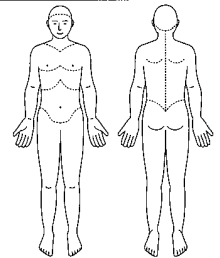
MRI 検査チェックリスト

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー (有・無) | <input type="checkbox"/> 脳脊髄刺激電極 (有・無) |
| <input type="checkbox"/> 人工内耳 (有・無) | <input type="checkbox"/> 体内ステント・カテーテル (有・無) 部位 () |
| <input type="checkbox"/> 義眼 (有・無) | <input type="checkbox"/> 体内金属 (有・無) 部位 () |
| <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性 (有・無) | <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 (有・無) |
| <input type="checkbox"/> 手術歴 (有・無) 手術日 () 部位 () | |

MRI 造影剤を希望する場合は必ず記入をお願いします

- | | |
|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 過去にMRI造影剤の経験 (有・無) | 副作用 (有・無) 内容 () |
| <input type="checkbox"/> 気管支喘息やアレルギー歴 (有・無) | 内容 () |
| <input type="checkbox"/> 重篤な腎機能障害 (有・無) | 血清クレアチニン値 (mg/dL) |
| <input type="checkbox"/> 現在授乳中 (有・無) | |

MRI 検査の目的・既往歴 (必須)



※参考資料…無・有 (X-P・CT・MRI・心電図記録・検査記録) 返却 (要・不要)

公費負担者番号	保険者番号
受給者番号	記号・番号
医療費負担者割合 1割・2割・3割	資格取得日 年 月 日
※保険証のコピーでも結構です。	被保険者との続柄 本人・家族・世帯主 ()