

# 単純MRI検査依頼表

ID ※青木病院にて記入します		検査年月日 平成 年 月 日 :	
フリガナ		施設名	
氏名		依頼医師サイン	
生年月日 明・大 昭・平 年 月 日		備考	
年齢 歳	体重		
性別 男・女	kg		
撮影部位（検査希望部位に○をつけてください。1検査1部位でお願いします）			
頭部（脳・MRA・脳+MRA・下垂体・内耳道・眼窩） 頸部（甲状腺） 腹部（上腹部・肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓） 腹部+MRCP（陰性経口造影剤の使用有り・陰性経口造影剤の使用無し） 骨盤部（下腹部・子宮・卵巣・前立腺・膀胱） 脊椎（頸椎・胸椎・腰椎・仙椎） 上肢（右・左：肩関節・上腕骨・肘関節・前腕骨・手関節・手部） 下肢（右・左：股関節・大腿骨・膝関節・下腿骨・足関節・足部） その他（ ）			
検査目的および具体的指示について記載下さい			
MRIチェックリスト ※チェックで『有』がある方は検査を受けられない場合があります			
●ペースメーカー（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）		●閉所恐怖症（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）	
●刺青（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）		●妊娠の可能性（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）	
●体内金属・インプラント（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）→詳細記入【		】	
●その他特記事項【		】	