

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 令和 年 月 日 : | |
| フリガナ | | 施設名 | |
| 氏名 | | 依頼医師サイン | |
| 生年月日 大・昭 平・令 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【 | | 】 | |