

單純MRI檢查依賴表

ID ※青木病院にて記入します		検査年月日	
フリガナ		西暦 年 月 日 :	
氏名		施設名	
氏名		依頼医師サイン	
生年月日		備考	
西暦 年 月 日			
年齢	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 （□無 □有）		●閉所恐怖症 （□無 □有）	
●刺青 （□無 □有）		●妊娠の可能性 （□無 □有）	
●体内金属・インプラント(□無 □有)→詳細記入【		】	
●その他特記事項【		】	