

# MRI 検査依頼書・診療情報提供書

(貴院控)

医療機関名

外来・入院 診療科

主治医

先生

電話 ( ) -

FAX ( ) -

検査日時	年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分
------	-----------------------

フリガナ 氏名	様 男・女	M・T・S・H	年 月 日生 ( ) 歳	体重: kg
------------	-------	---------	--------------	--------

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 ( )	<input type="checkbox"/> 頸部 ( )	<input type="checkbox"/> 胸部 ( )	<input type="checkbox"/> 上腹部 ( )	<input type="checkbox"/> 骨盤部 ( )	<input type="checkbox"/> 脊椎 ( 頸椎・胸椎・腰椎 ) ( )	<input type="checkbox"/> 関節 ( )	<input type="checkbox"/> 四肢 ( )	<input type="checkbox"/> MRCP ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 担送			
											<input type="checkbox"/> 単純のみ			<input type="checkbox"/> 単純+造影		
											<input type="checkbox"/> 造影のみ			<input type="checkbox"/> Dynamic		
											<input type="checkbox"/> MRA			<input type="checkbox"/> 単純+Dynamic		
											ペースメーカー : 有・無			義歯 : 有・無		
											体内金属物 : 有・無			部位 ( ) 種類 ( )		
											付属物 : 有・無			点滴・酸素・IVH・ドレーン		
											その他 ( )			アレルギー : 有・無 ( )		
											気管支喘息 : 有・無			血清クレアチニン : mg/dl		
											感染症			HBs抗原 + - 検査中 未		
										HCV抗体 + - 検査中 未			TPHA + - 検査中 未			
										その他 ( )						

検査目的:	
-------	--

臨床経過：現病歴：手術歴：	前回MRI 無・有 (日付 )
臨床診断：	

診療科	内科	外科	眼科	整形	リハ	皮膚		MRI 番号		
	精神	泌尿	耳鼻	歯科	健診					
造影剤							フィルム 半切	<input type="checkbox"/> コピー有 枚	<input type="checkbox"/> DVD+RW 1枚	技師