

# MRI 検査依頼書・診療情報提供書

医療機関名 ( )

外来・入院 診療科 ( ) 科)

主治医 ( ) 先生

電話 ( ) - FAX ( ) -

<b>検査日時</b>	年 月 日 ( 曜日) 午前・午後 時 分
-------------	-----------------------

フリガナ <b>氏名</b>	様 男・女	M・T・S・H 年 月 日生 ( ) 歳	種: Kg
-------------------	-------	----------------------	-------

<b>検査部位</b>	<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 ( )	
具体的指示欄 :	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：

造影剤	算定方法	技師	
	フィルムレス (電子画像管理加算算定)    フィルム半切 枚		