

診療情報提供書

依頼元の名称及び所在地

電話番号

医師名



MRI検査指示票

検査日: 年 月 日 時 分

ID:	フリガナ 患者氏名:	男・女
	生年月日:西暦 年 月 日 (歳)	

患者チェックリスト(依頼医師が記入)

1) 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	2) 脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
3) 心臓人工弁	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	4) 人工内耳	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
5) 妊娠またはその可能性	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	6) MRI検査歴	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無

(直近のMRIいつ頃)

撮影部位(単純撮影のみ)

頭部	<input type="checkbox"/> 脳MRI			
	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 内耳	
頸胸部	<input type="checkbox"/> 頸部MRI	<input type="checkbox"/> 頸部MRA	<input type="checkbox"/> その他胸部	
椎体	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 仙椎
腹部	<input type="checkbox"/> 肝胆膵	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 腎・副腎	
骨盤	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 外科骨盤	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 前立腺
【 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 】	<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 上腕部	<input type="checkbox"/> 肘関節	<input type="checkbox"/> 前腕部
	<input type="checkbox"/> 手関節	<input type="checkbox"/> 手部		
	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 大腿部	<input type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> 下腿部
	<input type="checkbox"/> 足関節	<input type="checkbox"/> 足部		

検査目的

--

備考

--