

MRI・CT検査依頼書

年 月 日

| | | |
|---------------|--|--------------------------|
| 検査日 | 年 月 日 () | 紹介元医療機関 の名称・所在地 |
| 時間 | AM・PM 時 分 | |
| 読影結果 ご報告方法 | <input type="checkbox"/> 郵送にてお返事(5日以内に発送) <input type="checkbox"/> 読影結果届き次第FAX希望 <input type="checkbox"/> 読影結果不要 | 医師名 電話番号 FAX番号 |

| | | | |
|------|--|-----|----------------|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 |
| 患者氏名 | | 男・女 | 明治・大正・昭和・平成・令和 |
| | | TEL | 年 月 日 |
| | | | |

| | | | |
|------|-------------------------------------|-------|------------------|
| 検査区分 | MRI ・ CT MRIの場合 : 3T・1.5T・どちらでも可 | 造影の有無 | 有 ・ 無 Cr値:() |
|------|-------------------------------------|-------|------------------|

| | |
|------|--|
| 撮影部位 | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部() <input type="checkbox"/> MRCP ※ <input type="checkbox"/> 骨盤部() <input type="checkbox"/> 脊椎【頸椎・胸椎・腰椎】 <input type="checkbox"/> 四肢【股関節・膝・足関節・足部・肩・肘・手関節・手部】(右・左) <input type="checkbox"/> その他() ※MRCPでは経口投与造影剤(ボースデル)を検査直前に飲んでいただきます。 |
|------|--|

| |
|--------------|
| 主訴・病歴・主な症状など |
|--------------|

■下記の検査ご依頼の場合、各事項のチェックをお願いいたします

| |
|--|
| <p>— MRI —</p> <p>有 無</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 体内金属：心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・その他の体内金属()</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 刺青、タトゥー、アートメイク</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 妊娠もしくは妊娠の可能性</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症</p> <p>・MRI対応のペースメーカーもございますが、当院ではMRI禁忌です。</p> <p>・冠動脈ステントは、当院では留置2カ月以降でご案内しております。</p> <p>・内視鏡止血用クリップは、当院では留置1カ月以降でご案内しております。</p> <p>— 造影MRI —</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 腎機能障害</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 造影剤アレルギーの有無 (造影剤名： 症状：)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 喘息の有無</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 糖尿病の内服の有無 (薬剤名：)</p> |
|--|

| |
|--|
| <p>— 造影CT —</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 腎機能障害</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 造影剤アレルギーの有無 (造影剤名： 症状：)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 喘息の有無</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 糖尿病の内服の有無 (薬剤名：)</p> |
|--|

医療法人社団 東京石心会 新緑脳神経外科
 お問い合わせ番号：045-355-3600
 FAX送信先：045-355-3601