

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

— MRI —	
有 無	
<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()
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	刺青、タトゥー、アートメイク
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	妊娠もしくは妊娠の可能性
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	閉所恐怖症
	・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。
	・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。
	・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。
— 造影MRI —	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	腎機能障害
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	造影剤アレルギーの有無 (造影剤名： 症状：)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	喘息の有無
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	糖尿病の内服の有無 (薬剤名：)

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

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