

MRI 検査依頼伝票

患者氏名： 様 (男 ・ 女)	
生年月日： 年 月 日生 歳	
住所：	
日中連絡のとれる電話番号：	
ご紹介先医療機関：	科名：
住所：	
電話番号：	
ご担当医師名：	
予約日時： 年 月 日 () 時	
傷病名・目的：	
既往歴・経過：	
検査部位：	
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 頰椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 肩 (右・左) <input type="checkbox"/> 肘 (右・左) <input type="checkbox"/> 手関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 手指 (右・左) <input type="checkbox"/> 股 (右・左) <input type="checkbox"/> 膝 (右・左) <input type="checkbox"/> 足関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 足趾 (右・左) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 上腹部 () <input type="checkbox"/> 下腹部 () <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 () ◆現在の体重： Kg	
MRI用検査前チェック (厳重にお願い致します)	
妊娠： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (週または可能性含む) 有の場合は原則検査不可	
禁忌	適応注意
心臓ペースメーカー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有は検査不可 人工内耳： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有は検査不可 脳動脈クリップ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () スtent： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 体内金属： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	マグネット義歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 義眼： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 閉所恐怖症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 刺青・アートメイク： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有