

MRI 検査依頼書

I D		検査日時	年 月 日 時 分
氏 名		申 込 医	病・医院 医師
生年月日		搬 送	担送 護送（起立可・不可） 独歩
性 別		身長	c m 体重 Kg
年 齢		造影剤副作用歴（有・無） 薬剤名（ ）	

検査部位	頭部（ ）	脊椎（頸・胸・腰）	造影	コピー
	骨盤（ ）	四肢（関節）	要	要
	MRA（ ）	その他（ ）	不要	不要

撮影方法：

アレルギー歴 気管支喘息（無・有） ・ その他（ ）

検査データ	BUN mg/dl	Cre mg/dl	HBS 抗原（ ）	HCV（ ）	MRSA（ ）
-------	-----------	-----------	-----------	--------	---------

その他の検査データ

主訴又は臨床診断

検査目的

現病歴・既往歴・その他メッセージ（詳細に御記入下さい）

前回 MRI（有・無） 年 月 日 部位（ ）

<p>患者の状態</p> <ul style="list-style-type: none"> ・背臥位 【 可 ・ 不可 】 ・安静 【 可 ・ 不可 】 ・麻酔 【 不要 ・ 要 】 ・酸素 【 不要 ・ 要 】 ・付属物 【 無 ・ 輸血 ドレーン】 その他（ ） ・妊娠 【 無 ・ 有 】 ・てんかん 【 無 ・ 有 】 ・不整脈 【 無 ・ 有 】 ・麻痺 【 無 ・ 有 】 ・腎機能障害 【 無 ・ 有 】 	<p>●チェックリスト（依頼医師にて必ず記入）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 禁忌、2-4) 材質・部位の確認必要 1) 体内電子装置 【 無 ・ 有 】 (心臓ペースメーカー、人工内耳など) 2) 人工心臓弁 【 無 ・ 有 (検査可・不可)】 3) 脳動脈クリップ 【 無 ・ 有 (検査可・不可)】 4) 体内金属性異物 (銃弾破片など) 【 無 ・ 有 】 5) V-P シヤント 圧可変式バルブ付 【 無 ・ 有 】 6) 閉所恐怖症 【 無 ・ 有 】 7) 補聴器使用 【 無 ・ 有 (右・左)】 <p style="text-align: right;"> あたご整形外科 TEL 0982-22-7575 FAX 0982-33-0978 </p>
---	--