

MRI 検査依頼票

狭山尚寿会病院 画像診断センター 宛

ID 患者様氏名 生年月日 男・女 患者様情報をご記入下さい。	検査日時 年 月 日 (Am・Pm) 時 分	
	ご依頼医療機関	
	次回の診察日	月 日
	診療科	指示医師

診療情報をご記入下さい。または にチェックをお願いします。

臨床診断 検査目的・撮影指示	造影剤の使用 <input type="checkbox"/> 単純検査 <input type="checkbox"/> 造影検査 ※ 造影の同意書をご持参ください。
-----------------------	---

検査部位

頭部	頸部	胸部	腹部	骨盤部	脊椎	四肢
<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> 肺・縦隔	<input type="checkbox"/> 肝・胆・膵	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 肩関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 副腎・腎臓	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 肘関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 脳幹部	(上・中・下)	(R・L)	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 手関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 股関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 聴器	<input type="checkbox"/> 甲状腺					<input type="checkbox"/> 膝関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 足関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 顎関節 (R・L)						<input type="checkbox"/> 下肢アンギオ
<input type="checkbox"/> 口腔・舌						<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>						

安全点検項目にチェックをお願いします。

	Yes	No		Yes	No	左記手術 年 月 部位 材質
ペースメーカーの埋め込み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
人口内耳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	金属の埋め込み (インプラントなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
閉所恐怖症などの精神的問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血管デバイス (ステントなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入れ墨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
上記 Yes に該当する場合原則禁忌となります。			磁石式義歯 (マグネットデンチャー)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

検査担当記入欄 (記入しないでください。)

記録媒体	<input type="checkbox"/> 半切フィルム (枚)	<input type="checkbox"/> DVD-R	<input type="checkbox"/> PACSサーバー
	造影剤	その他使用材料	
<input type="checkbox"/> ガドピスト 5・7.5・10 ml	<input type="checkbox"/> プリモピスト 10 ml <input type="checkbox"/> フェリセルツ 1包	<input type="checkbox"/> 生理食塩液 20 ml	
			技 師

狭山尚寿会病院 画像診断センター

〒350-1317 埼玉県狭山市水野600番地

04-2957-1141(代表) 04-2956-4518 (画像診断センター直通 TEL&FAX)