

# MRI 検査 依頼票

医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_

フリガナ

患者氏名 \_\_\_\_\_

男・女 生年月日 年 月 日

◆ 検査部位 【 右 ・ 左 】

- 頭部  顔面  頸  頸部  胸部  腹部  骨盤  
 頸椎  胸椎  腰椎  仙尾骨  
 股関節  大腿  膝関節  下腿  足関節  足部  
 肩関節  上腕  肘関節  前腕  手関節  手部  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

◆ 検査目的

◆ 読影所見 【 要 ・ 不要 】

安全な検査を行うために必ず記入してください

◆ 体内電子機器 ペースメーカーなど

当院では検査できません 【 無 】

◆ 妊娠の可能性

当院では検査できません 【 無 】

体内人工物や装着物は記入し、MRI対応をご確認ください

- ◆ 頭 クリップ・シャントなど ( ) 【 有 ・ 無 】  
◆ 心臓 ステント・人工弁など ( ) 【 有 ・ 無 】  
◆ 血管 グラフト・フィルタなど ( ) 【 有 ・ 無 】  
◆ 金属 人工関節など ( ) 【 有 ・ 無 】  
◆ その他 ( ) 【 有 ・ 無 】  
◆ 刺青 (変色や火傷の恐れがあるため了承を得てください) 【 有 ・ 無 】

MRI対応 確認 【 未 ・ 済 】

患者情報 (難聴・片麻痺など)

( \_\_\_\_\_ )

玉造病院

使用欄 検査日時

年 月 日 ID

技師名