

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 ☐ 顎 ☐ 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tent・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 _____

独立行政法人 地域医療機能推進機構 玉造病院