

単純MRI検査依頼書（共同利用検査）

FAX用

西暦 年 月 日

患者様情報

フリガナ 患者氏名				性別	男・女
住所	〒 -				
生年月日	西暦	年	月	日（歳）	電話番号

紹介元医療機関

名称					
医師名					
TEL・FAX					

3営業日以内 翌日FAX 至急読影

部位	1. 頭部() 2. 頸部 3. 胸部
	4. 腹部() 5. 骨盤部()
	6. 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎) 7. 四肢()
	8. その他()
傷病名	
依頼内容及び部位(検査範囲・撮像法他)	
症状経過及び検査結果	

【患者確認項目】

ペースメーカーなどの医療器具の移植術(有・無)	()
妊娠中またはその可能性	(有・無)

【MRI検査確認項目】

1. 検査可能な体内金属(有・無)	()
頭頸部：シャントバルブ・クリップ・コイル・ステント その他()	()
躯幹部：ステント・クリップ・人工関節・金属プレート その他()	()
四肢：人工関節・髄内釘・金属プレート その他()	()
いつ：[] どこで：[]	[]
2. てんかん(最終発症：)	(有・無)
3. 長時間の静止(20分以上)	(可・否)
4. 閉所恐怖症	(有・無)
5. 刺青・眉墨・アイライン	(有・無)
6. ジェルネイル・エクステンション(まつ毛等)	(有・無)

※上記項目がある場合は中止になる場合があります。

【備考】

※注意事項

- MRI検査に関して、体内にMRI非対応金属等がある場合は検査は出来ませんので、必ず確認をお願い致します。
詳しい内容は別紙の【MRI検査問診表】及び【MRI検査前チェックリスト】を記載して、患者様に検査当日に必ず持参させて下さい。
- 検査または読影に必要と思われる、貴院での画像情報などは、なるべく持参させてください。
- MRI検査の撮像範囲について：広範囲の場合、Thin Sliceでの撮像に制限を設けさせて頂く場合がありますのでご了承下さい。