

MRI検査依頼書 ・ 診療情報提供書

小林立病院 読影担当医 宛

フリガナ		依頼医師名	
患者氏名		医療機関名	
生年月日		TEL	
年齢 ・ 性別	歳	男 ・ 女	
検査依頼日			

【検査部位】(○で囲んで下さい。)

◎ 単純 ・ 造影

頭部 ・ 顔面 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 脊椎 (頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 仙尾骨 ・ 胸腰椎移行部)

腹部 (肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 腎 ・ 骨盤腔) ・ 乳腺 (右 ・ 左 ・ 両) ・ MRA ()

() 関節 { 右 ・ 左 } その他 ()

【チェックリスト】(該当項目があれば○で囲んでください)

ペースメーカー ・ 人工弁 ・ 人工内耳 ・ 動脈瘤クリップ ・ 外科的クリップ ・ 整形外科的金属類

義眼 ・ インプラント ・ 義歯 ・ 妊娠中または妊娠の可能性 ・ 心疾患 ・ 肝障害 ・ 喘息

体内金属 ()

その他の危険因子 ()

【検査目的・疾患名(疑い)・現病歴・既往歴 等】

【検査方法】(具体的な撮影指示等ございましたら、詳しくお書きください。 MRCP MRA 等)

【造影剤アレルギー】 有 ・ 無

【腎機能障害】 有 (Cr mg/dl) ・ 無

【感染症】 有 () ・ 無