

# MRI 検査依頼票 (診療情報提供書)

記入日 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 様

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 性別 \_\_\_\_\_ 男・女

連絡先 (日中連絡の取れる電話番号) \_\_\_\_\_

付帯情報

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

移動 \_\_\_\_\_ 独歩 ・ 車いす

検査予約日時 \_\_\_\_\_ 月 日 ( ) AM・PM \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 より

依頼元医療機関 \_\_\_\_\_

診療科名 \_\_\_\_\_

ご担当医師名 \_\_\_\_\_

必ずご記入ください (出来るだけ詳細にお願い致します)

## 臨床診断

## 検査目的および詳細内容

## 検査部位 (該当する項目 1つに○印をご記入ください)

頭部	脳 (脳血管の 有・無 )・眼窩・副鼻腔・下垂体		
脊椎	頸椎・胸椎・腰椎・仙尾椎		
頸部	頸部・頸部血管		
胸部	乳房 (右・左)		
腹部	腹部 (肝・胆・膵・腎・副腎・脾)・MRCP・腹部大血管		
骨盤部	子宮卵巣・前立腺・膀胱・骨盤		
四肢	肩関節 (右・左)	上腕 (右・左)	肘関節 (右・左)
	前腕 (右・左)	手関節 (右・左)	手 (右・左)
	股関節 (右・左)	大腿 (右・左)	膝関節 (右・左)
	下腿 (右・左)	足関節 (右・左)	足 (右・左)
その他	[ _____ ]		

以下の項目にチェックをお願い致します

●ペースメーカー	あり・なし
●植込み型除細動器	あり・なし
●神経刺激装置	あり・なし
●加圧変式バルブシャント	あり・なし
●スワンガンツカテーテル	あり・なし
●人工内耳	あり・なし
●磁性式の義眼、歯科インプラント	あり・なし
●眼球内金属混入 (職業柄、事故など)	あり・なし
●気道ステント	あり・なし
●磁石式的人工肛門、導尿管	あり・なし
●消化管止血クリップ	あり・なし
●刺青、アートメイクなど	あり・なし
●カラーコンタクト	あり・なし
●妊娠中または妊娠の可能性あり	あり・なし
●閉所恐怖症	あり・なし
●補聴器	あり・なし
●入れ歯	あり・なし
●手術歴	あり・なし
●手術による体内金属、挿入物 *素材、メーカー、商品名など	あり・なし
( _____ )	



新都心むさしのクリニック

TEL : 048-783-3183 FAX : 048-783-3184