

MRI 検査依頼書

ID :			
予定日： 年 月 日 () AM ・ PM 時 分			読影依頼 (なし・あり)
ふりがな			生年月日
患者氏名	年 月 日 (歳) 男・女		
依頼医師	医療機関名	科	医師氏名
臨床診断及び検査目的		検査部位 (当てはまるものに○を記入して下さい。)	
		<input type="checkbox"/> 頭部スクリーニング <small>(T1, T2, FLAIR, H-MRA, DWI, T2*)</small>	その他 (詳細)
		<input type="checkbox"/> 頸部 ()	
		<input type="checkbox"/> 頸椎	
		<input type="checkbox"/> 胸椎	
		<input type="checkbox"/> 腰椎	
		<input type="checkbox"/> 肩関節	
		<input type="checkbox"/> 股関節	
		<input type="checkbox"/> 膝関節	
		<input type="checkbox"/> 胸部	
		<input type="checkbox"/> 腹部	
		<input type="checkbox"/> 四肢・関節	
		<input type="checkbox"/> 造影剤 () ml	
		患者の状態 (未記入の場合は受付不可) <small>あてはまるものに✓を記入して下さい。</small>	
体 重 : () Kg			
ペースメーカー : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
頭蓋内金属、その他の金属: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>種類 ()</small>			
不整脈 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
手術歴 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>部位 ()</small>			
出 診 : <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行			
背臥位 : <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可			
安 静 : <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可			
麻 酔 : <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要			
酸 素 : <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要			
付属物 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輸液 <input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> その他			
刺 青 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
MRI検査歴 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
感染症 : <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>有の場合 ()</small>			
その他 : ()			
study No : _____		技師通信欄	
実施日: 年 月 日 技師: _____			