

診療情報提供書 (MRI 検査依頼書)

あさぎり病院 担当医宛

下記内容にてMRI検査を依頼します。

フリガナ	M
氏名	F
生年月日	年 月 日生 歳

検査日時	年 月 日 (曜日)
AM PM	時 分より
<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 朝絶食 <input type="checkbox"/> 昼絶食 (少量の水やお茶は飲んでも構いません)	

検査データ (いずれかにチェックして下さい)		
<input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> CD-R	<input type="checkbox"/> 不要

依頼施設	診療科
依頼医師	外来・入院 (病棟)

臨床診断

病院・検査目的 (明らかにしたい点など)
前回MRI検査 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 他施設にて <input type="checkbox"/> あさぎり病院にて (年 月頃)

頭頸部	胸部	上腹部	下腹部	脊椎・脊髄	四肢
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> 眼窩部	<input type="checkbox"/> 胸部大動脈	胆嚢	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 胸椎	(右・左)
<input type="checkbox"/> 内耳道周辺	<input type="checkbox"/> 乳房	膵臓		<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 下肢MRA
<input type="checkbox"/> 頸部	(右・左)	腎臓		<input type="checkbox"/> 仙椎	その他
<input type="checkbox"/> 頭部MRA		()		<input type="checkbox"/> 尾骨	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> 頸部MRA		<input type="checkbox"/> MRCP			

検査方法
<input type="checkbox"/> 単純
<input type="checkbox"/> 造影
<input type="checkbox"/> 単純+造影

◎チェックリスト (あてはまるものにチェックしてください)

安静	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
授乳中	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> Wa氏 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA

体内金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
○人工内耳	
○ペースメーカー ※人工弁	
○動脈クリップ MR対応型・非対応型	
手術した年月 ()	
○血管内ステント	
施行した年月 ()	
○人工骨頭・人工関節・固定用金属	
○その他 ()	

既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
○ぜんそく	○痙攣発作
○腎不全・腎機能低下・透析	○不整脈
○造影剤アレルギー	○糖尿病
造影剤の種類または検査名	インシュリン治療(有・無)
()	○緑内障
○薬物アレルギー	○前立腺肥大症
薬品名 ()	○狭心症・心筋梗塞