

M R I 検査依頼票

大生病院 放射線診断科 宛

ID 患者様氏名 生年月日 男 ・ 女 患者様情報をご記入下さい。 診察カードのインプリントでも可能です。	検査日時 年 月 日 (Am ・ Pm) 時 分	
	ご依頼医療機関	次回の診察日 月 日
	診療科	指示医師

診療情報をご記入下さい。または にチェックをお願いします。

臨床診断 検査目的・撮影指示 <input type="checkbox"/> Axial <input type="checkbox"/> Sagittal <input type="checkbox"/> Coronal	読影 (画像診断レポート) を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない 造影剤の使用 <input type="checkbox"/> 単純検査 <input type="checkbox"/> 造影検査
--	---

検査部位						
頭部	頸部	胸部	腹部	骨盤部	脊椎	四肢
<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> 肺・縦隔	<input type="checkbox"/> 肝・胆・膵	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 肩関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 副腎・腎臓	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 肘関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 脳幹部	(上・中・下)	(R・L)	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 手関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 下肢アンギオ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 股関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 聴器	<input type="checkbox"/> 甲状腺			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 膝関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> 足関節 (R・L)
<input type="checkbox"/> 顎関節 (R・L)						<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 口腔・舌						
<input type="checkbox"/>						

安全点検項目にチェックをお願いします。

	Yes	No		Yes	No	左記手術 年 月 部位 材質
ペースメーカーの埋め込み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
人口内耳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	金属の埋め込み (インプラントなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
閉所恐怖症などの精神的問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血管デバイス (ステントなど)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入れ墨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
上記 Yes に該当する場合原則禁忌となります。			上記 Yes に該当する場合は検査できない場合があります。			

検査担当記入欄 (記入しないでください。)

記録媒体	<input type="checkbox"/> 半切フィルム (枚)	<input type="checkbox"/> CD-R / DVD-R	<input type="checkbox"/> PACSサーバー
造影剤	その他使用材料		技 師
<input type="checkbox"/> マグネビスト	ml		
<input type="checkbox"/> プリモビスト			

医療法人 尚寿会 大生病院 放射線診断科

〒350-1317 埼玉県狭山市水野600番地

04-2957-1141 (代表) 04-2956-4518 (放射線診断科直通 TEL&FAX)