

[MRI依頼書]

年 月 日

紹介元機関 _____

ご依頼医師 _____

TEL _____

【予約日時】	年 月 日 ()	時	分
フリガナ			性別
患者氏名			男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)		
城西病院での受診歴	有 ・ 無 ・ 不明		
検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・腎) <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤部(子宮・卵巣・前立腺) <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙尾骨) <input type="checkbox"/> 上肢(R・L) <input type="checkbox"/> 下肢(R・L) <input type="checkbox"/> その他() <small>※撮影手技については、当院ルーティン撮影とさせていただきます</small>	傷病名・検査目的・撮影指示		

～MRI検査前チェック～

絶対禁忌	心臓ペースメーカー	有 ・ 無	適応注意	2か月以内にステント挿入	有 ・ 無
	刺激電極	有 ・ 無		手術等による体内金属	有 ・ 無
	可変式脳圧シャントバルブ	有 ・ 無		その他の体内金属	有 ・ 無
	人工内耳・中耳	有 ・ 無		針治療の針	有 ・ 無
	磁力で装着する義眼、義歯	有 ・ 無		磁性体避妊器具をしている	有 ・ 無
原則禁忌	MRI対応でない脳動脈クリップ	有 ・ 無	刺青(変色、火傷の恐れ有)	有 ・ 無	
	妊娠	有 ・ 無	閉所恐怖症	有 ・ 無	
上記の項目を確認し、MRI検査を受けることにご同意いただける場合はご署名をお願い致します					
年 月 日		ご署名			
読影レポート <input type="checkbox"/> 必要(FAX: _____) <input type="checkbox"/> 不要					

※画像データはCDに出力し、患者様にお渡しいたします

※読影レポートは外部委託する為、撮影日の翌々日返答になります 読影完了後速やかにFAX致します

※MRI検査前チェックを必ず行ってください

※ご予約の**20分前**に来院していただきますよう、よろしくお願い致します

社会医療法人 達生堂 城西病院

TEL 0296-33-2111

放射線部(内線3162)