



MRI 検査依頼書

患者情報	フリガナ			依頼元医療機関ID		
	氏名	男・女		総合医療センター 受診歴	有 無	
	生年月日	T・S・H・R	年 月 日 才	総合医療センターID		
	住所	市 町		第1希望	月 日 (午前・午後)	
依頼元医療機関	医療機関名			第2希望	月 日 (午前・午後)	
	診療科	TEL	- -	第3希望	月 日 (午前・午後)	
	医師名	Fax	- -	なるべく早く入る日で(午前・午後)		
	次回受診予定日	月 日	又は 未定	()週間以内に ・ 1ヶ月以内に		
				予約希望日		

検査部位	希望される部位に ○印 をしてください			どちらかに ○印 をしてください	
	頭部・頭頸部: (脳ルーチン)・(脳転移検索)・(頭頸部MRA)・(下垂体)・(聴器)・(副鼻腔) (頸部)・(咽頭・喉頭)・(甲状腺)・(唾液腺)・(口腔)・(顎骨)・(顎関節)			単純	造影
	腹部: (肝臓)・(膵臓)・(MRCP)・(腎臓)・(副腎)			造影の場合、クレアチニン	
	骨盤部: (子宮・卵巣)・(前立腺)・(膀胱)			mg/dl	
	椎体: (頸椎)・(胸椎)・(腰仙椎) (~)			eGFR<30 は原則造影不可です	
	四肢: (肩関節【右・左】)・(肘関節【右・左】)・(手関節・手部【右・左】) (股関節【右・左・両側】)・(膝関節【右・左】)・(足関節・足部【右・左】)			体重	
MRA(部位:)					
その他()			kg		

診断名 : _____ 主症状・検査目的・検査部位・指示・治療経過などを具体的に記載ください	検査前確認事項 (該当する箇所に ○印 をしてください)	
	ペースメーカー	無 有
	人工内耳など	無 有
	脳動脈瘤クリップ	無 有
	体内金属	無 有
	()	
	不整脈	無 有
	てんかん	無 有
	アレルギー体質	無 有
	閉所恐怖症	無 有
	妊娠の可能性	無 有
	入れ墨など	無 有
	安静1時間	可 不可
	その他留意点、必要な処置など	