



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		出雲市立総合医療センター 受診歴	有	無
	生年月日	T・S・H・R	年 月 日 才	出雲市立総合医療センター ID		
	住所			予約希望日	第1希望	月 日 (午前・午後)
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		

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・肝臓EOB・膵臓・MRCP ポーステル(有・無) 腎臓・副腎・尿路		造影の場合、eGFR ml/min	
	骨盤部:	女性骨盤(子宮・卵巣・膀胱)	男性骨盤(前立腺・精巣・陰嚢・膀胱)	測定日 (年 月 日)	
	椎体:	頸椎・胸椎・腰仙椎・全脊椎・(椎体範囲指定: ~)		検査前3ヶ月以内	
	四肢:	肩関節【左・右】・肘関節【左・右】・手・手関節【左・右】・股関節【左・右・両側】 膝関節【左・右】・足・足関節【左・右】・その他四肢()		eGFR<30 は原則造影不可です	
	MRA:	部位()		身長	cm
その他	()		体重	kg	

診断名: 検査目的(下記に検査部位・主症状・指示・治療経過などを含めてご記載ください。)	検査前確認事項 (該当する箇所に ○印 をしてください)	
	手術歴	有 無
	ペースメーカー	有 無
	脳動脈瘤クリップ	有 無
	体内金属	有 無
	体内金属有の場合 体内金属挿入部位()	
	MRI対応の可否	可 不可
	閉所恐怖症	有 無
	インスリンポンプ・ 持続血糖測定器の使用	有 無
	てんかん	有 無
	不整脈	有 無
	妊娠の可能性	有 無
	入れ墨・アートメイク	有 無
	安静臥床1時間	可 不可
	その他留意点、必要な処置など	