

診療情報提供書・MRI 検査依頼表

予約日	月	日 ()
予約時間 AM・PM	時	分
貴院次回診察日	月	日 ()

紹介元医療機関名称
所在地
TEL/FAX
担当医師名

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	T・S・H 年 月 日
住所	〒		

傷病名及び紹介目的
既往歴・症状・検査結果・治療経過
現在の処方・その他備考

撮影部位
<input type="checkbox"/> 頭部+頭部 MRA <input type="checkbox"/> 頭部+頭部 MRA+頸部 MRA <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 後頭蓋窩 (顔面神経・三叉神経, 聴神経) <input type="checkbox"/> 頸動脈プラーク <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎動脈 MRA <input type="checkbox"/> 肩関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 肘関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 手・手関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 足・足関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 股関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 膝関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 下肢 MRA (要相談) <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> その他 ()

MRI 確認項目	<ul style="list-style-type: none"> ● 体内留置物 (有の場合、下記に詳細を記入してください) ペースメーカー/インスリンポンプ/脳室シャントチューブ/人工中耳 マグネットタイプの義歯/歯列矯正/その他 () ● 刺青、タトゥー、アートメイク、ジェルネイルをしている ● (女性の方のみ) 妊娠の可能性がある、妊娠している 	<p>有・無</p> <p>有・無</p> <p>有・無</p>
※有の場合、 事前に応相談		

検査当日の注意事項

・貼付薬、増毛パウダー、カラスプレー、カラーコンタクト、化粧、Ag 入りの日焼け止め・制汗剤を使用してのご来院はお控えください。MRI 撮影時は装飾品を全て外してください。