

＜MRI 検査依頼書＞

紹介元医療機関名		診療科名	ご担当医師名	
患者様氏名		性別	生年月日	
(カナ)	(カナ)	男・女	M・T	年 月 日生 歳
(氏)	(名) 様		S・H	
患者様連絡先				
(住所)			(電話番号)	
検査部位				
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 肩関節(右・左)
<input type="checkbox"/> 肘関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 手関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 膝関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 足関節(右・左)
<input type="checkbox"/> その他()				
臨床診断名及び依頼事項				

検査予約日時	ご依頼内容
月 日 AM・PM 時 分	検査のみ・診察込

問診票	
・閉所恐怖症ですか？	はい・いいえ
・今までに MRI 検査を受けたことはありますか？	はい・いいえ
検査中に気分が悪くなったことがありますか？	はい・いいえ
・手術歴はありますか？	はい・いいえ
手術箇所：	
手術内容：	
・体の中に金属はありますか？	はい・いいえ
コイル、ペースメーカー、止血クリップ、ステント、骨折接合材	
人工関節、義足、義手、人工内耳、補聴器、人工肛門、避妊リング	
その他()	
・刺青(タトゥー)や永久アイラインをしていますか？	はい・いいえ
・入れ歯をしていますか？ 個数： 個	はい・いいえ
取り外し可能ですか？	はい・いいえ
・コンタクトレンズを着用していますか？	はい・いいえ
・(女性の方)妊娠の可能性はありますか？	はい・いいえ