

MRI 検査依頼問診票

紹介元医療機関様へ

MRI 検査を安全に実施するために枠内の項目を記入してください。

MRI 検査予約日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ みどり病院 ID: _____

ふりがな	
患者氏名: _____ 性別: 男 ・ 女 _____ 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
検査部位 (検査部位に○で囲んでください)	撮影方法
<input type="checkbox"/> 頭部 (<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> DWI (拡散強調画像)) <input type="checkbox"/> 脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎) <input type="checkbox"/> 四肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 具体的部位;) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に;)	<input type="checkbox"/> PLAIN <input type="checkbox"/> CE
検査目的、病名、経過など	
紹介元医療機関	依頼医

MRI No: _____

下記、MRI 検査問診をご記入下さい	
体内の金属について (身体に影響を及ぼす恐れがあります) 1. ペースメーカー、人工内耳、植込型除細動器 2. 手術、事故、ケガなどによる体内の金属 (材質によっては MRI 検査ができない場合があります。) ありの場合、具体的に下記 () 内にご記入下さい (_____) 3. 刺青やアートメイク (やけどの恐れがあります) 4. 閉所恐怖症 5. (女性の方へ) 妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
造影 MRI 検査の場合は以下もご記入下さい	
血清クレアチニン値; 3ヶ月以内の採血結果 (1.5mg/dL 以上の場合は造影検査を見合わせます)	mg/dL <input type="checkbox"/> クレアチニン値不明
造影剤による副作用歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし