

検査希望日		検査日		<h1>MRI</h1> <h2>検査依頼票</h2>
平成	年 月 日 ()	平成	年 月 日 ()	
平成	年 月 日 ()			
平成	年 月 日 ()	午前・午後	時 分	

フリガナ		男・女	貴院名	指示医師名
被検者氏名				
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日：年令 歳	住所	TEL	
保険	主保険 記号	社保・国保・その他 番号	本人・家族	保険者番号 被保険者氏名
除	公費種類	乳・障・母・傷・老人(1割・2割)・その他 ()		
	負担者番号	受給者番号		
* 保険証コピーをFAXでいただく場合は、保険欄の記入は不要です。				

豊田地域医療センター カルテNo. _____ 本枠内の記入をお願いします。

検査目的	1. スクリーニング検査 ・ 2. 経過観察 ・ 3. 精密検査 ・ 4. 他 ()
	① 頭部〔脳全般・脳幹・MRA〕 ② 顔面・副鼻腔・眼窩〔 〕
	③ 頸部〔 〕 ④ 脊椎・脊髓〔頸・胸・腰・仙〕
	⑤ 縦隔 ⑥ 心・大血管〔胸・腹〕
	⑦ 上腹部〔肝・胆・膵・腎〕 ⑧ MRCP ⑨ 骨盤部
	⑩ 関節〔(右・左)肩・股・膝〕 ⑪ その他関節〔(右・左)： 〕
	⑫ その他〔 〕
臨床診断	〔 疑 ・ 確 〕
診療情報	
同部位の前回検査	〔 無 ・ 有 (CT ・ MRI 年 月 日) 〕
造影検査	〔 必要 ・ 不要 ・ 禁忌 〕 (造影が必要な場合は造影検査問診票も提出して下さい。)
体重	〔 _____ kg 〕 感染症〔 無 ・ 有 (_____) 〕

鎮痙剤 (- ・ +)	ブスコパン 1A	ゲルカゴンG・ノボ 1V
ID	Film枚数	枚 (MIP ・ 3-D ・ Dynamic) Copy (有 ・ 無)
造影剤名	(_____ ml)	技師名

検査希望日		検査日		<h1>MRI</h1> <h2>検査前チェックリスト</h2>
平成	年 月 日 ()	平成	年 月 日 ()	
平成	年 月 日 ()			
平成	年 月 日 ()	午前・午後	時 分	

フリガナ		男・女	貴院名	医師名
被検者氏名				
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日：年令	歳	住所	TEL

MRI検査を安全且つ効率良く行うために下記の事項を確認して下さい。
 注意：MRI検査依頼票と一緒に提出して下さい。

1. 絶対禁忌(有の場合は検査できません。) 有・無

ペースメーカー、体内神経刺激装置、骨成長刺激装置、体内自動除細動器、体内埋込型のインシュリンポンプ、人工内耳・中耳、磁石式の人工肛門

2. 手術歴(有の場合は全て下記に記入して下さい。) 有・無

年 月 日 術式

3. 体内金属(有の場合は○で囲み、材質等を下に記入して下さい。) 有・無

脳動脈瘤クリップ、人工弁、骨固定金属、人工関節、手術用ベツツ、リザーバー、血管や管腔臓器内の金属(フィルター、ステント、コイルなど)、子宮内金属、歯内補填物、義歯・義眼(磁石式も含む)、外傷などによる体内異物(弾丸、金属片等)

材質、磁性、装着部位など、わかる範囲で記入して下さい。

4. 眼窩内に金属片が入った経験(その後の処置に係らず) 有・無

5. その他

- ・MRI検査歴----- 有・無
- ・長時間静止----- 不可・可
- ・閉所恐怖症----- 有・無
- ・妊娠(週)または妊娠の疑----- 有・無
- ・入れ墨(変色することもあります。)----- 有・無
- ・備考[]

上記を確認しました。

年 月 日 依頼医師署名

