

診療情報提供書（MRI依頼書）

どうやリハビリ整形外科 宛

TEL 0250-23-1154

FAX 0250-23-1161

| | | | |
|------------------------|--|-----|--|
| 来院日時： 年 月 日（午前・午後） 時 分 | | | |
| 紹介元 医療機関 | | TEL | |
| 医師名 | | FAX | |

| | | | |
|--------------|------------|-----------|-----------|
| フリガナ 患者氏名 | (男/女) | 携帯電話 | |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) | 身長 () cm | 体重 () kg |

| | | | |
|--------------|---|--|--|
| 病名 (紹介目的) | <input type="checkbox"/> 至急読影：至急読影をご希望の際は事前に電話でご相談ください。 | | |
|--------------|---|--|--|

| | | | |
|----------------------------------|--|-------------------------------|--|
| 検査部位 (造影MRIは 行っており ません) | <input type="checkbox"/> 頭部 (<input type="checkbox"/> M R A) | <input type="checkbox"/> 頸椎 | <input type="checkbox"/> 肩関節 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) |
| | <input type="checkbox"/> 頸部 (<input type="checkbox"/> M R A) | <input type="checkbox"/> 胸椎 | <input type="checkbox"/> 肘関節 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) |
| | <input type="checkbox"/> 心臓 | <input type="checkbox"/> 頸胸椎 | <input type="checkbox"/> 手関節 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) |
| | <input type="checkbox"/> 肺・縦隔 | <input type="checkbox"/> 胸腰椎 | <input type="checkbox"/> 股関節 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) |
| | <input type="checkbox"/> 腹部 (<input type="checkbox"/> M R C P) | <input type="checkbox"/> 腰椎 | <input type="checkbox"/> 膝関節 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) |
| | <input type="checkbox"/> 骨盤 | <input type="checkbox"/> 仙椎 | <input type="checkbox"/> 足関節 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) |
| | <input type="checkbox"/> 膀胱・前立腺 | <input type="checkbox"/> その他： | |
| <input type="checkbox"/> 下肢MRA | | | |

| | | | |
|----------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 事前 チェック | 撮影不可項目 | | |
| | ・ペースメーカー（MRI対応製品も含む） | 有 <input type="checkbox"/> | 無 <input type="checkbox"/> |
| | ・除細動器・刺激電極・人工内耳等体内精密機器 | 有 <input type="checkbox"/> | 無 <input type="checkbox"/> |
| | ・妊娠中もしくは妊娠の可能性 | 有 <input type="checkbox"/> | 無 <input type="checkbox"/> |
| | 確認必要項目 | | |
| | ・脳動脈クリップなどの体内金属 | 有 <input type="checkbox"/> | 無 <input type="checkbox"/> |
| | ⇒担当医にMRI可能かどうかをご確認下さい。 | 不可 <input type="checkbox"/> | 可能 <input type="checkbox"/> |
| | ・磁石式入れ歯・磁石式インプラント | 有 <input type="checkbox"/> | 無 <input type="checkbox"/> |
| | ⇒歯科医師にMRI可能かどうかをご確認下さい。 | 不可 <input type="checkbox"/> | 可能 <input type="checkbox"/> |
| | ・閉所恐怖症 | 有 <input type="checkbox"/> | 無 <input type="checkbox"/> |
| ・腹部MRIは検査4時間前より絶食、2時間前より絶飲して下さい。 | | | |
| ・膀胱・前立腺MRIは検査30分前よりトイレに行かないで下さい。 | | | |