MRI検査依頼票　　　　**他院様用**

|  |  |
| --- | --- |
| **依頼施設名** |  |
| 医師 | 看護師 | 整理 |
| 撮影日　　　年　　　月　　　日 |
| 時間　　　　時　　　　分 |

氏　　　名

（カタカナ）

生年月日　　　　　　　　　　　　男・女

|  |
| --- |
| **検 査 部 位** |
| □**頭部**　□**頚部**　□**胸部**　□**腹部**　　□**骨盤腔**　□**その他（　　　　　　 　　）**□**頸椎**　　□**胸椎**　□**胸腰椎移行部**　□**腰椎**　□**仙椎**　□**四肢（　　　　　　　）**□**MRA**　□**VSRAD**　　　□**MRCP** |
| **臨床所見** |  |
| **依頼内容** |
| **その他特記事項** |

|  |  |
| --- | --- |
| **検査不可** | **主治医の許可により施行** |
| 有・無* 心臓ペースメーカー　　　 🞎　🞎
* 人工内耳 　　　　　　　　 🞎　🞎
* 除細動器　(ICD) 　　　　　🞎　🞎
* 神経刺激装置 　　　　　　 🞎　🞎
* 強磁性体の破片　　　　 　 🞎　🞎
 | 　　　　　　　　　 　　有・無　　　　　　　　　　　　　 有・無* 外科的クリップ　　🞎　🞎　　◎　義眼　　　　　　　　🞎　🞎
* 金属ステント　　　🞎　🞎　　◎　体内金属異物　　　 🞎　🞎
* 脳動脈瘤ステント　🞎　🞎　　◎　重症不整脈　　　　 🞎　🞎
* 人工弁　　　　　　🞎　🞎　　◎　重症てんかん　　　　🞎　🞎
* 整形外科的金属類　🞎　🞎　　◎　閉所恐怖症　　　　　🞎　🞎
* 義足・義手　　　　🞎　🞎　　◎　磁石を用いた義歯等　🞎　🞎
 |
| 全身状態（良・不良）　 意識状態（良・不良）　 歩行可　 車椅子　 ストレッチャー |
| **アレルギー** | **感染症** | **身長　　　　　　　　cm** |
| **有** （　　　　　　　　　　　）　 **無**（　　　　　　　　　　　） | HBs抗原　 　 （＋・－）HCV　　　　 　 （＋・－）ワ　氏　　　　 （＋・－）HIV　　　　 　 （＋・－）その他　　（　　　　 　　　　　 ） |
| **体重　　　　　　　　Ｋｇ** |
| 令和　　　年　　　月　　　日　 　　**医師署名** |

 **□　DACS取込み済　 □　読影済**

**医療法人社団仁成会　高木病院**担当技師