

MRI 検査依頼票

他院様用

氏 名
(カタカナ)
生年月日

男・女

依頼施設名		
医師	看護師	整理
撮影日	年	月 日
時間	時	分

検査部位

- 頭部 頸部 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 | | 有・無 | | 有・無 |
|--------------|---|------------|---|-------------|---|
| ◎ 心臓ペースメーカー | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ◎ 外科的クリップ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ◎ 義眼 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ◎ 人工内耳 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ◎ 金属ステント | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ◎ 体内金属異物 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ◎ 除細動器 (ICD) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ◎ 脳動脈瘤ステント | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ◎ 重症不整脈 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ◎ 神経刺激装置 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ◎ 人工弁 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ◎ 重症てんかん | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ◎ 強磁性体の破片 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ◎ 整形外科的金属類 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ◎ 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | | ◎ 義足・義手 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | ◎ 磁石を用いた義歯等 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

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

- | | |
|-------|--------------|
| 有 () | HBs 抗原 (+・-) |
| | HCV (+・-) |
| | ワ 氏 (+・-) |
| 無 () | HIV (+・-) |
| | その他 () |

身長 cm

体重 Kg

令和 年 月 日

医師署名

DACS 取込み済

読影済