

# MRI検査依頼書

紹介元医療機関名		診療科名		ご担当医師名			
患者様氏名		性別		生年月日			
(カナ) (氏)	(カナ) (名)	様	男・女	M・T S・H	年	月	日生　　歳
患者様連絡先							
(住所)				(電話番号)			
検査部位							
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 肩関節(右・左)			
<input type="checkbox"/> 肘関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 手関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 膝関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 足関節(右・左)			
<input type="checkbox"/> その他( )							
臨床診断名および依頼事項							

検査予約日時	読影
月　　日　　AM・PM	時　　分　　要・不要

## 特記事項

## 沖縄ひざ関節クリニック

TEL (098) 987-0008 FAX (098) 987-0117

# MRI検査問診表

ID

氏名

検査予定日

年 月 日

・以下に該当する場合は検査ができません。有無に○を付けてください。



ペースメーカー・除細動器  
( 有 ・ 無 )



人工内耳  
( 有 ・ 無 )



体内金属片 (特に眼内)  
( 有 ・ 無 )



妊娠の可能性  
( 有 ・ 無 )

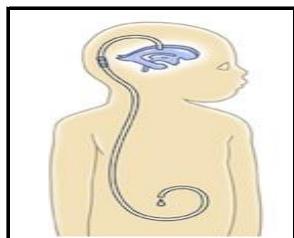
・以下のものはMRI検査に対する安全性の確認が必要です。各項目についてご記入ください。



脳動脈クリップ  
( 有 ・ 無 )  
(手術年: 年)  
(MRI対応確認: 済)



血管内ステント・コイル  
( 有 ・ 無 )  
(手術年: 年)  
(MRI対応確認: 済)



シャントチューブ  
( 有 ・ 無 )  
(手術年: 年)  
(MRI対応確認: 済)



人工心臓弁  
( 有 ・ 無 )  
(手術年: 年)  
(MRI対応確認: 済)



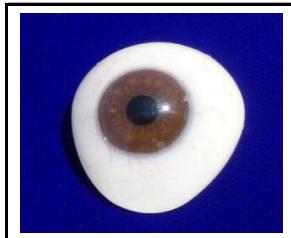
骨内金属  
( 有 ・ 無 )  
(手術年: 年)  
(MRI対応確認: 済)



子宮内避妊器具  
( 有 ・ 無 )  
(手術年: 年)  
(MRI対応確認: 済)



磁石式入れ歯  
( 有 ・ 無 )  
(手術年: 年)  
(MRI対応確認: 済)



金属製義眼 (可動型)  
( 有 ・ 無 )  
(手術年: 年)  
(MRI対応確認: 済)



入れ墨・タトゥー  
( 有 ・ 無 )  
変色・熱傷の可能性  
に関する承諾: 済



歯科矯正  
( 有 ・ 無 )  
歯科医師の承諾: 済



糖尿病測定器  
( 有 ・ 無 )  
MRI検査後に交換  
に関する承諾: 済



補聴器  
( 有 ・ 無 )

※ ご不明な点は遠慮なくスタッフにお尋ねください。

沖縄ひざ関節クリニック