

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)	(カナ)	男・女	M・T		
(氏)	(名)		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

[illegible]

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)

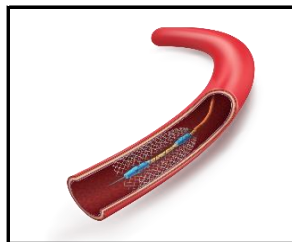


妊娠の可能性
(有 ・ 無)

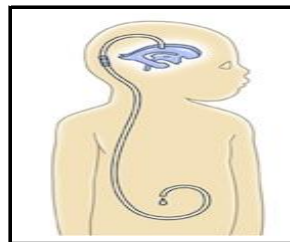
・以下のものはMRI検査に対する安全性の確認が必要です。各項目についてご記入ください。



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