

診療情報提供書

住所
施設名
TEL
医師 印

MRI 検査指示票

検査日：	年	月	日	時	分
------	---	---	---	---	---

ID:	ふりがな	性別	男・女
	患者氏名：		
	生年月日： T・S・H	年	月

患者チェックリスト (依頼医師が記入)

1) 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	2) 脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
3) 心臓人工弁	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	4) 人工内耳	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
5) 妊娠またはその可能性	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	6) MRI 検査歴	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無

撮像部位 (単純撮像のみ)

頭部	<input type="checkbox"/> 脳 MRI	<input type="checkbox"/> 脳 MRA	<input type="checkbox"/> 脳 DWI		
	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 内耳	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	
頸胸部	<input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 頸部 MRA	<input type="checkbox"/> 胸部 MRA	<input type="checkbox"/> 乳腺
腹部	<input type="checkbox"/> 肝胆脾	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 腎・副腎	<input type="checkbox"/> 腹部 MRA	
骨盤部	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 外科骨盤	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 精巣
椎体	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> ミエ口	
[<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右]					
上肢	<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 上腕部	<input type="checkbox"/> 肘関節	<input type="checkbox"/> 前腕部	<input type="checkbox"/> 手関節
	<input type="checkbox"/> 手指	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
下肢	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 大腿部	<input type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> 下腿部	<input type="checkbox"/> 足関節
	<input type="checkbox"/> 足部				
	<input type="checkbox"/> 下肢動脈	<input type="checkbox"/> 下肢静脈			

検査目的・主訴及び臨床所見

備考

※読影	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	※CD-R 作成	<input type="checkbox"/> 有
※同日診察	<input type="checkbox"/> 有 (時	分)	