



中間市立病院 MRI 検査依頼書

MRNo. _____

カルテ ID

生年月日

氏 名

検査日	年 月 日	時	分
	平成 年 月 日	—	—

依頼医師名

紹介元医療機関名

前回	<input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> CT	平成 年 月 日
	<input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> CT	平成 年 月 日

体 重
必須 _____ kg

検査部位	頭 部	<input type="checkbox"/> 脳・ <input type="checkbox"/> 後頭蓋窩・ <input type="checkbox"/> 下垂体・ <input type="checkbox"/> 眼窩・ <input type="checkbox"/> 耳・ <input type="checkbox"/> 副鼻腔・
	頸 部	<input type="checkbox"/> 頸部・ <input type="checkbox"/> 甲状腺・ <input type="checkbox"/> 耳下腺・ <input type="checkbox"/> 顎下線・ <input type="checkbox"/>
	胸 部	<input type="checkbox"/> 肺・ <input type="checkbox"/> 縦隔・ <input type="checkbox"/> 乳腺・ <input type="checkbox"/>
	腹 部	<input type="checkbox"/> MRCP・ <input type="checkbox"/> 肝・ <input type="checkbox"/> 胆・ <input type="checkbox"/> 膵・ <input type="checkbox"/> 脾・ <input type="checkbox"/> 腎・ <input type="checkbox"/> 副腎・ <input type="checkbox"/>
	骨 盤	<input type="checkbox"/> 子宮・ <input type="checkbox"/> 卵巣・ <input type="checkbox"/> 膀胱・ <input type="checkbox"/> 前立腺・ <input type="checkbox"/> 恥骨・ <input type="checkbox"/> 坐骨・ <input type="checkbox"/>
	脊 髄	<input type="checkbox"/> 頸椎・ <input type="checkbox"/> 胸椎・ <input type="checkbox"/> 胸腰椎・ <input type="checkbox"/> 腰椎・ <input type="checkbox"/> 仙椎・ <input type="checkbox"/> 全脊椎
	上 肢	<input type="checkbox"/> 肩・ <input type="checkbox"/> 上腕・ <input type="checkbox"/> 肘・ <input type="checkbox"/> 前腕・ <input type="checkbox"/> 手関節・ <input type="checkbox"/> 手・ <input type="checkbox"/> 指 <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左 </div>
	下 肢	<input type="checkbox"/> 股・ <input type="checkbox"/> 大腿・ <input type="checkbox"/> 膝・ <input type="checkbox"/> 下腿・ <input type="checkbox"/> 足関節・ <input type="checkbox"/> 足・ <input type="checkbox"/> 趾 <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左 </div>
	MRA	<input type="checkbox"/> 脳・ <input type="checkbox"/> 頸部・ <input type="checkbox"/> 胸部・ <input type="checkbox"/> 腹部・ <input type="checkbox"/> 四肢 ()
	その他	<input type="checkbox"/>
造影の有無	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	

<input type="checkbox"/>	マグネビスト S	ml×1 本
<input type="checkbox"/>	プロハンス S	ml×1 本
<input type="checkbox"/>	ガドビスト S	ml×1 本
<input type="checkbox"/>	EOB プリモビスト	10ml×1 本
<input type="checkbox"/>	ボースデル	250ml×1 袋
<input type="checkbox"/>	生理食塩水	50ml×1 本
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

依頼医師は必ず記入して下さい。	
全身状態	<input type="checkbox"/> 不良・ <input type="checkbox"/> 良
鎮 静	<input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要
酸 素	<input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要
背臥位	<input type="checkbox"/> 不可・ <input type="checkbox"/> 可
30分安静	<input type="checkbox"/> 不可・ <input type="checkbox"/> 可
入室方法	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
気管内挿入管	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
チューブ・点滴類	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 部位 ()
その他付属物 ()	
妊 娠	<input type="checkbox"/> +・ <input type="checkbox"/> -・ <input type="checkbox"/> ?
喘 息	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ※ 有：造影原則禁忌
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
感染症	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 不明 有の場合の名称 ()
別紙『MRI 検査問診票』も必ずお願いいたします	

【臨床診断】

【病歴、臨床上の疑問点及び所見、検査目的】