

MRI 検査依頼票兼受付票

康心会伊豆東部病院 行

住所: 賀茂郡東伊豆町稲取17-2
電話: 0557-95-1151(代)

依頼医療機関名:					
検査予定日	年	月	日	午前	午後
				時	分

(フリガナ)		性別	明・大・昭・平		
患者氏名	殿	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	
体重	kg	患者の状態: <input type="checkbox"/> 歩行、 <input type="checkbox"/> 車椅子、 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
安全点検項目					
手術歴: 無 有 ()		感染症: <input type="checkbox"/> HB抗原、 <input type="checkbox"/> ワ氏、 <input type="checkbox"/> その他()			
脳動脈瘤クリップ	有 無	人工関節	有 無	妊娠	有 無
	磁性体 非磁性体	人工肛門	有 無	閉所恐怖所	有 無
ペースメーカー	有 無	義足・義手	有 無	その他、配慮事項	有 無 ()
		補聴器	有 無		
人工心臓弁	有 無	入れ歯	有 無	点検項目確認 確認医師	
手術用のクリップ	有 無	刺青	有 無		

※安全確認は必ず依頼医師が行って下さい。

検査名及び部位(希望検査名及び部位に○印を)

撮影種別: 1. 単純 2. 造影			断層面(○印を)		
			1. 横断面像 2. 矢状断面像 3. 前額断面像 4. 斜方向断面像		
頭頸部	胸部	腹部	脊椎	骨、軟部、関節	骨盤腔
1. 脳 2. トルコ鞍 3. 側頭骨 4. 眼窩 5. 副鼻腔 6. 頸部 7. 顎関節	1. 縦隔 2. 肺	1. 肝臓 2. 胆のう 3. 脾臓 4. 脾臓 5. 腎臓 6. その他 ()	1. 頸椎 2. 胸椎 3. 腰仙椎	1. 四肢 () 2. その他 ()	1. 膀胱 2. 子宮卵巣 3. 前立腺 4. 直腸 5. その他 ()

病名 主訴					
読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 [] ※読影が必要な場合、1週間~10日程度時間がかかります。				
画像の提供方法	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム				

患者様へ

- 検査予定時間の15分前までにMRI検査依頼票及び受付票(この用紙)をお持ちの上、受付にお越しください。
- 腹部検査の方は、検査時間の3時間前から飲食をとらないでください。