

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 ()	
		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)		
			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	1. 縦 隔	1. 肝 臓	1. 頸 椎	1. 四 肢	1. 膀 胱
2. トルコ鞍	2. 肺	2. 胆 の う	2. 胸 椎	()	2. 子宮卵巣
3. 側頭骨		3. 脾 臓	3. 腰 仙 椎	2. そ の 他	3. 前立腺
4. 眼窩		4. 脾 臓		()	4. 直腸
5. 副鼻腔		5. 腎 臓			5. そ の 他
6. 頸部		6. そ の 他			()
7. 顎関節		()			

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。