

フリカナ		
患者様名	様	
生年月日	T・S・H 年 月 日	
住所		
電話番号		
身長・体重	c m	k g
検査希望日	第1	令和 年 月 日
	第2	令和 年 月 日

MRI検査依頼票 (兼診療情報提供書) (撮像記録)

検査日	令和 年 月 日		
検査時間	午前	時 分	
	午後		
御依頼医療機関名	御依頼医師名 (サイン又は捺印)		
印			
検査担当医療機関	検査担当技師		
イムス札幌消化器中央総合病院			

原則として1検査1部位とします

検査部位	頭頸部	胸部	腹部	骨盤腔	椎体	上肢	下肢
	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> () 肩	<input type="checkbox"/> () 股関節
	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 胆囊	<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> () 上腕	<input type="checkbox"/> () 大腿
	<input type="checkbox"/> 眼	· CINE	<input type="checkbox"/> 脾臓	<input type="checkbox"/> 卵巣	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> () 肘	<input type="checkbox"/> () 膝
	<input type="checkbox"/> 耳	· 冠動脈	<input type="checkbox"/> 脾臓	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 仙骨	<input type="checkbox"/> () 前腕	<input type="checkbox"/> () 下腿
	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	· 遅延造影	<input type="checkbox"/> 腎臓		<input type="checkbox"/> 全脊椎	<input type="checkbox"/> () 手関節	<input type="checkbox"/> () 足関節
	<input type="checkbox"/> 頸部		<input type="checkbox"/> MRCP			<input type="checkbox"/> () 手	<input type="checkbox"/> () 足
	MRA	頭部 · 頸部 · 大動脈 · 下肢 · () シヤント · その他 ()					

検査方法	単純 · 造影 · Dynamic	感染症	無 · 有 ()
造影剤	Gd · Gd-EOB · ポースデル	状態	独歩 · 車イス · 担送
読影	要 · 不要	CD-R	当日 · 翌日以降
クレアチニン	※造影の場合のみ () mg/dl		

検査依頼目的:

臨床診断:

既往歴及び現症:

その他:

MRI検査室使用欄				
使用薬剤				
【特記事項】				
※ 太枠内は全てご記入ください				
※ この用紙は検査当日、原本を当院へお持ちください				
<input type="checkbox"/> ポーステル内溶液10 250ml		造影剤rate	ml/sec	使用造影剤量
<input type="checkbox"/> マグゼット (シリジン) ml				
<input type="checkbox"/> EOB・ブリモジット (シリジン) ml				
<input type="checkbox"/> 生理食塩水 ml				
<input type="checkbox"/> ミオコールスフーレー				
<input type="checkbox"/> 酸素				
<input type="checkbox"/>		副作用	無 · 有 ()	