

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	cm	kg	
検査希望日	第1	令和	年 月 日
	第2	令和	年 月 日

MR I 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 ・ CINE ・ 冠動脈 ・ 遅延造影	<input type="checkbox"/> 胆嚢	<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> () 上腕	<input type="checkbox"/> () 大腿	
<input type="checkbox"/> 眼		<input type="checkbox"/> 膵臓	<input type="checkbox"/> 卵巣	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> () 肘	<input type="checkbox"/> () 膝	
<input type="checkbox"/> 耳		<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		<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 ・ ボーステル	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		【特記事項】			
使用薬剤		※ 太枠内は全てご記入ください			
<input type="checkbox"/> ボーステル内溶液10	250ml	※ 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"/> マグネスト (シリンジ)	ml	<input type="checkbox"/> インジェクター	造影剤rate	ml/sec	使用造影剤量 ml
<input type="checkbox"/> EOB・プロモスト (シリンジ)	ml	<input type="checkbox"/> 手押し	後押し生食rate	ml/sec	後押し生食量 ml
<input type="checkbox"/> 生理食塩水	ml			副作用	無 ・ 有 ()
<input type="checkbox"/> ミオコルプレー					
<input type="checkbox"/> 酸素					
<input type="checkbox"/>					