

MRI検査依頼票兼診療情報提供書(依頼元控)

※太枠内をお書きください

I D
氏 名
生年月日
性 別
提 出 日

紹介目的 MRI検査依頼
ご依頼施設名 _____
ご依頼医師名 _____
検査予約日 平成 年 月 日 () 曜日 時 分 ~
出力希望画像形態 Film 電子メディア 不要

大原医療センター担当医師名 _____

体重 _____ kg

- ・造影剤を使用の場合は必ず同意書をお取りください。
- ・撮影方法、撮影断面の指定が無い場合はPLかCEにチェックの上ルーチン検査にチェックをお願い致します。
- ・別紙チェック票に従い体内金属等の確認をお願い致します。

シーケンス	TR	TE
<input type="checkbox"/> オムニスキャン 15ml		<input type="checkbox"/> ボースデル 250ml
<input type="checkbox"/> オムニスキャン 20ml		<input type="checkbox"/> EOBプリモビスト10ml
<input type="checkbox"/> プロハンス 13ml		<input type="checkbox"/> 生理食塩水 50ml
<input type="checkbox"/> プロハンス 17ml		<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> 歩 行	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	<input type="checkbox"/> 頭 部	<input type="checkbox"/> 胸部(肺野・縦隔)	<input type="checkbox"/> 頸椎(番)
・HBS ・HCV / OTHERERS (+ -)			<input type="checkbox"/> 頭 部/MRA	<input type="checkbox"/> 肝/胆/膵	<input type="checkbox"/> 胸椎(番)
・ワ氏 ・MRSA ・妊娠 (+ -)			<input type="checkbox"/> 頸 部	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 腰椎(番)
・アレルギー歴(薬剤 喘息 その他) (+ -)			<input type="checkbox"/> 頸 部/MRA	<input type="checkbox"/> 腎臓/副腎	<input type="checkbox"/> 全脊柱
・造影剤による副作用の既往歴 (+ -)			<input type="checkbox"/> 眼 窩	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> (右・左)肩関節
・閉所恐怖症 (+ -)			<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> (右・左)股関節
・30分程度の静止 (+ -)			<input type="checkbox"/> 聴神経	<input type="checkbox"/> 子宮/卵巣	<input type="checkbox"/> (右・左)膝関節
・その他特記すべき事項			<input type="checkbox"/> 副鼻腔		<input type="checkbox"/> 四肢()
・臨床診断			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・検査目的			<input type="checkbox"/> PL	<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> ルーチン
・細部指示			<input type="checkbox"/> T1W	<input type="checkbox"/> T2W	<input type="checkbox"/> T2*
			<input type="checkbox"/> DW	<input type="checkbox"/> FLAIR	<input type="checkbox"/> その他
			<input type="checkbox"/> TRA	<input type="checkbox"/> SAG	<input type="checkbox"/> COR

フィルム 11	PL :	枚	電子メディア	CD :	枚
	CE :	枚	DVD :	枚	

撮影時間	午前	時 分	撮影技師名
	午後		