

# MRI検査依頼伝票

患者様氏名	撮影日： 年 月 日	予約時間
生年月日	依頼元機関名 ( )	時 分
	依頼医師( )	

	撮 影 部 位	単 純	増 強	材 料
1	頭部 ( )	—	+	<input type="checkbox"/> CD-R  <input type="checkbox"/> フィルム 枚  造影剤( )
2	胸部 ( )	—	+	
3	腹部 ( )	—	+	
4	骨盤腔( )	—	+	
5	脊髄( 頸椎・胸椎・腰椎 )	—	+	
6	四肢( )	—	+	
7	その他( )	—	+	

医師コメント(詳細に必ず記入)

① (病名)

② (撮影部位)

③ 検査(目的)

### チェックリスト(体内磁性体の有無など)

●人工心臓弁	有・無	●入れ歯	有・無
●ペースメーカー	有・無	●気管支喘息	有・無
●人工関節	有・無	●アレルギー体質	有・無
●手術用のクリップ	有・無	●妊婦( W )	否
●固定用プレート	有・無	●手術の既往	有・無
●義足・義手	有・無		
●針治療の針	有・無	●腎機能(クレアチニン)日付	

医療法人恒貴会 協和中央病院MRI室