MRI検査依頼伝票

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

	撮影部位	単純	増強	材料
1	頭部（　　）	－	＋	
2	胸部（　　）	－	＋	□ CD-R
3	腹部（　　）	－	＋	
4	骨盤腔（　　）	－	＋	□ フィルム　　枚
5	脊髄（　頚椎・胸椎・腰椎　）	－	＋	
6	四肢（　　）	－	＋	
7	その他（　　）	－	＋	造影剤（　　）

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	

社会医療法人恒貴会 協和中央病院ＭＲＩ室