

単純MRI検査依頼伝票

依頼施設名

検査日 : 年 月 日() :

依頼医師名

フリガナ :
 氏名 :
 生年月日 : 昭和・平成 年 月 日 (年齢: 才)
 性別 : 男・女 (体重: kg)

※該当する項目に○をつけてください。

患者状態 : 歩行 車椅子 ストレッチャー ベット
 既往歴 : 体内金属 有 無
 内容 ()
 ペースメーカー 有 無

※ペースメーカー挿入及び妊娠3ヶ月以内の患者様は対応できません。

検査部位

・頭部 : 脳 眼窩 下垂体 内耳 頭部MRA
 ・体幹部 : 縦隔 乳腺(右・左)
 腹部 肝・胆・膵・腎・その他()
 ・骨盤部 : 子宮・卵巣 前立腺 精巣・陰茎
 ・脊椎 : 頸椎 胸椎 腰椎
 ・関節 : 肩(右・左) 膝(右・左) 両股関節
 ・上記以外 : ()

臨床診断と検査目的

(診療情報提供書に記入していただければこの欄は空白で結構です)

最近の画像データ(フィルム・CD)返却の有無 : 有 無

お問い合わせ: JCHO埼玉メディカルセンター
 TEL 048-832-4951(放射線科 内線1150)
 2017. 8. 15 改訂
 2021. 10. 1 改訂