

単純MRI検査依頼書

依頼元【医療機関名】

医師名

【JCHO仙台南病院宛】

仙台太白区中田町字前沖143番
放射線科

TEL 022(306)1720

FAX 022(306)2175

患者氏名

ふりがな

生年月日

大正・昭和・平成・令和

年

月

日

性別

男・女

画像出力方法

CD-ROM ・ フィルム

*どちらかに○をお願いします

(第一希望日)

年 月 日 ()

午前・午後

連携室記載欄

(第二希望日)

年 月 日 ()

午前・午後

連携室記載欄

撮影部位

頭部

頸椎

胸椎

腰椎

股関節

肩関節

膝関節

その他(部位記入をお願いします)

チェック

右・左

右・左

右・左

*読影レポート

無

有

至急(2時間以内)

翌日

*読影レポート有りの場合は下記の臨床診断、臨床経過に記載をお願いします

臨床診断:

臨床経過および明らかにしたい点:

撮像指示あればチェック願います

Axi

Cor

Sag

T1WI

T2WI

T2*WI

DWI

脂肪抑制

体重: _____ kg

注意事項(金属チェック)

(依頼医は下記項目をチェックし必ず署名してください)

禁忌..... 全てなし

(原則として検査ができません)

心臓ペースメーカー

植え込み型除細動器(ICD)

人工内耳

神経刺激蔵置

その他の体内金属..... 全てなし

(材質がわからない場合は検査ができません)

脳動脈クリップ

人工心臓弁

ステント

人工関節・プレート

VPシャント

歯科用インプラント

義眼・義足・義手

刺青・アートメイク

その他(手術やケガによる体内金属)

その他の注意事項..... 全てなし

(検査ができない場合があります)

金属加工業に従事したことがある方

閉所恐怖症

妊娠中・妊娠の可能性のある方

MRI撮像可能

令和 ____年 ____月 ____日 医師 _____

患者ID(放射線記入欄):

ご利用ありがとうございました。今後もよろしくお願いたします。JCHO仙台南病院 放射線科