

--	--	--	--	--	--	--

MR検査依頼書 兼 紹介状(診療情報提供書)

フリガナ

患者氏名 _____ 様 (男・女)

生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者住所 _____

電話番号 _____

15歳以下の方の検査、
造影剤を使用する検査は
お受けしておりません。

検査予約日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

【ご注意】

依頼医師は、以下の項目にチェックをお願いします。

1 体内金属

なし 体内金属あるがMR実施可能
[体内金属の詳細をご記入ください]

※ペースメーカ、除細動器、人工内耳、脳・神経等の電気刺激装置(SCS、DBS、VNS等)は、
MR検査対応型であっても、検査はお受けできません。

2 脳シャントバルブ

なし あり ⇒ バルブあるがMR実施可能

※検査の影響でバルブ圧が変化した場合、脳卒中・神経脊椎センターで再調整することはできません。

3 女性患者の場合、妊娠の可能性

なし あり ⇒ “あり”の場合、検査はお受けできません。

4 閉所恐怖症

なし あり ※状況により検査を中止させていただきますので、ご了承ください。

[検査依頼医療機関]

名 称 _____

住 所 _____

医 師 名 _____ 診 療 科 _____ 科

電 話 _____ F A X _____

病 名
(疑いを含む) _____

[検査目的、診断名、主症状、特別指示等をご記入ください]

[検査部位(1か所)をご指定ください]

M R	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 顔面・副鼻腔	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部(心臓、乳房を除く)	<input type="checkbox"/> 腹部
	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢