

④ MRI 検査依頼書(医療機器共同利用)

ふりがな 氏名:	生年月日 年 月 日
貴院名・依頼医師名	

患者様用	施設控
------	-----

検査時に持参するためコピーして患者様へお渡しください

午前

検査予約時間: 年 月 日 時 分からです

午後

検査開始 30 分前までに来院してください

□単純

<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 一般ルーチン <input type="checkbox"/> 脳幹部 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> その他〔 〕 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 〔 〕	<input type="checkbox"/> 胸部〔 〕 <input type="checkbox"/> 腹部〔 肝・胆・膵・脾・腎・副腎 〕 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤部〔前立腺・子宮・卵巣〕 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他
--	--

貴院確認事項

- ①MRI禁忌事項の確認(ペースメーカー・シャントなど) ← 確認済の場合はチェックを入れてください
 ②シャントの患者様の場合は予約時にご連絡ください
 ③腹部検査の場合は、食事は5時間前・水分は1時間前より絶飲食でお願い致します。

その他の特別な指示事項

☆ 臨床診断名(確・疑)および検査目的