

## 診療情報提供書 <<MRI検査依頼書>>

ふりがな		生年	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	男女
患者氏名		月日	年	月	日	( )歳	
貴院名		依頼医師名	先生				
貴院住所	〒						
貴院TEL		貴院FAX					
予約	<input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 診察希望		年	月	日	午前・午後	時 分～
検査目的							
既往歴及び症状・治療経過							
現在の処方・特記事項							
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部MRI・MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 認知症（VSRAD含む） <input type="checkbox"/> 頭部その他（ ） <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙骨・尾骨部 <input type="checkbox"/> みぎ肩関節 <input type="checkbox"/> ひだり肩関節 <input type="checkbox"/> みぎ肘関節 <input type="checkbox"/> ひだり肘関節 <input type="checkbox"/> みぎ手関節 <input type="checkbox"/> ひだり手関節 <input type="checkbox"/> みぎ膝関節 <input type="checkbox"/> ひだり膝関節 <input type="checkbox"/> みぎ足関節 <input type="checkbox"/> ひだり足関節 <input type="checkbox"/> みぎ股関節 <input type="checkbox"/> ひだり股関節 <input type="checkbox"/> 四肢・その他（ ） <input type="checkbox"/> 筋肉・軟部組織（ ） <input type="checkbox"/> 骨盤腔（子宮・卵巣・膀胱） <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 肝・胆・膵・腎臓 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> その他（ ） *どちらか1つにチェックを付けてください						
MRIチェックリスト							
◎手術歴 【 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→詳細記入お願いします（ ）】							
◎ペースメーカー、植込み型除細動器、人工内耳 【 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→検査不可】							
◎体内金属・歯科インプラント 【 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有】							
※有の場合 → MRI対応品である（ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ→検査不可 <input type="checkbox"/> 不明→確認が必要です）							
◎刺青【 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→当院で患者様と相談します】 ◎閉所恐怖症【 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→当院で患者様と相談します】							
◎妊娠の可能性【 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→禁忌ではありません。当院で患者様と相談します】							
-----							
画像 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 不要							
検査結果読影レポートは、後日郵送いたします。							

※別紙の「MRI検査について（患者様用）」と一緒にプリントアウトし、患者様にお渡しください  
 ※こ不明な点等がございましたら、下記にご連絡ください

うえのとしあき脳神経クリニック板橋  
 〒173-0004 板橋区板橋2-67-5 アクロスキューブ板橋1F  
 TEL 03-6915-5104 FAX 03-6915-5138