

MRI 検査依頼票 / 問診票 (医療機関用)

紹介元医療機関様

以下の内容を記入していただき、お手数ですが FAX をお願いいたします。 Fax 番号 078-991-4119

紹介元医療機関名	依頼医師名
MRI 予約日時 _____年 _____月 _____日 () _____ 午前/午後 _____ 時～ (電話で予約をお取りの上、ご記入下さい。Tel 078-991-4118)	
患者様情報 ふりがな _____ 氏名 _____ 生年月日 _____	
検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 ➡ <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> DWI (拡散強調画像) <input type="checkbox"/> 脊椎 ➡ <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢・関節 ➡ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 部位名 (_____)	
検査目的・病名・経過等	

以下の問診もご記入ください。

	はい	いいえ
1 心臓ペースメーカー、除細動器を使用していますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 今までに手術をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「はい」と答えた方は手術名を記入して下さい (_____)		
3 身体の中に金属が入っているとされたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(脳動脈瘤クリップ、人工内耳、骨成長刺激装置、人工心臓弁、人工関節等)		
4 取り外しのできる義歯を使用されていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 義眼を使用されていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 眼の中、身体の中に仕事や事故などで金属が入った経験がありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 カラーコンタクトレンズを使用されていますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 閉所恐怖症ですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 入れ墨がありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 現在妊娠している可能性はありますか？ (女性の方のみ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 体重をご記入下さい。(体重 _____ k g)

FAX 078 - 991 - 4119