

# 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<br>_____年 _____月 _____日 ( ) _____ 午前/午後 _____ 時～<br>(電話で予約をお取りの上、ご記入下さい。☎ 078-991-4118 )  |       |
| 患者様情報<br>ふりがな _____<br>氏名 _____ 生年月日 _____   |       |
| 検査部位<br><input type="checkbox"/> 頭部      ➡ <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> DWI (拡散強調画像)<br><input type="checkbox"/> 脊椎        ➡ <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎<br><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<br>( _____ )  |                          |                          |
| 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