

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

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 大・昭・平・令 _____ 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
お受けしていません。

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

【ご注意】

依頼医師は、以下の項目に該当する場合、チェックをお願いします。

1 体内金属

なし 体内金属があるがMR実施可能

※ペースメーカー、シャントバルブ、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 女性患者の場合、妊娠の可能性

なし あり → “あり”の場合は、検査をお受けできません。

3 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。

4 内視鏡検査時のクリップ（1か月以内）

なし クリップがあるがMR実施可能

5 持続血糖測定器、インスリンポンプの装着

なし あり → “あり”の場合は、検査前に必ず取り外しをお願いします。

〔検査依頼医療機関〕

名 称 _____

住 所 _____

医師名 _____ 診療科 _____ 科

TEL _____ FAX _____

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〕

MR	<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