

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

## 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 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 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、以下の項目にチェックをお願いします。

1 体内金属

- ない    ある ⇒ MR検査対応の金属である    ⇒ はい  
わからないがMR検査を受けたことがある  
わからない

【体内金属がある部位：頭部・頸部・胸部・腹部・四肢】

※検査対応が「わからない」場合、検査をお受けできない可能性がありますので、確認をさせていただく場合があります。

※ペースメーカー、除細動器、人工内耳は、MR検査対応型であっても、検査はお受けできません。

2 脳シャントバルブ

- なし    あり ⇒ バルブあるがMR実施可能  
※検査の影響でバルブ圧が変化した場合、脳卒中・神経脊椎センターで再調整することはできません。

3 女性患者の場合、妊娠の可能性

- ない    ある ⇒ あるの場合、検査はお受けできません。

4 閉所恐怖症

- ない    ある ※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。

【検査依頼医療機関】

名 称 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

医 師 名 \_\_\_\_\_ 診 療 科 \_\_\_\_\_ 科

電 話 \_\_\_\_\_ F A X \_\_\_\_\_

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】

M R	<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
	<input type="checkbox"/> 顎関節( <input type="checkbox"/> 開口 <input type="checkbox"/> 閉口 <input type="checkbox"/> 開口+閉口 )					