

MRI検査依頼票

撮影日時	年	月	日	時	分頃
紹介医	病院 医院		科・Dr		
患者氏名	ふりがな			殿	男・女
生年月日	M・T・S・H	年	月	日	
電話	自宅	局	—		
	(連絡先)	局	—		
装置の故障・修理等により撮影できない場合連絡させていただきますのでご記入下さい					
ご依頼理由(病歴・主な症状など)					読影希望の有無 (無・有)
撮影部位 ○印をお付けください	1) 頭部 2) 頸部 3) 脊椎・脊髄(頸椎・胸椎・腰椎) 4) 胸部(乳房・縦隔) 5) 腹部(肝・胆・膵・腎) 6) MRCP 7) 骨盤(子宮・卵巣・前立腺・膀胱) 8) 右・左上肢(肩・上腕・肘・前腕・手関節) 9) 右・左下肢(股関節・大腿・膝・下腿・足関節) 10) その他()				

検査前の安全点検項目

脳動脈瘤クリップ (無・有)	義手・義足・義眼・義歯 (無・有)
心臓ペースメーカー・人工弁・人工内耳 (無・有)	その他手術による体内金属など 部位() 材質()

※MRI検査の禁忌事項をご確認下さい。又検査不可能な場合がある旨を患者様に説明して下さい。
恐れ入りますが必要事項をご記入の上、FAXにてお送りください。

武蔵野総合クリニック 連携室 電話番号 042-497-8571 FAX番号 042-497-8561