

診療情報提供書 (MRI・骨密度 検査申込書)

貴院名	依頼医師名

患者様情報

フリガナ		性別	生年月日	備考
氏名		男・女		

医療情報		症状または病名	
依頼検査	MRI (1.5テスラ) <small>※誠に申し訳ございませんが、「造影検査」は施行していません。</small>	<input type="checkbox"/> 頭部 (MRI・MRA)	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎
		<input type="checkbox"/> 頸部 (MRI・MRA)	<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎
		<input type="checkbox"/> VSRAD (脳萎縮度)	<small>肩関節</small> <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <small>肘関節</small> <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
		<input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腹部 (禁飲食6時間要/検査時間要相談)	<input type="checkbox"/> 股関節 <small>膝関節</small> <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
		<input type="checkbox"/> 子宮卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱	<small>手関節</small> <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <small>手指</small> <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
		<input type="checkbox"/> 下肢動脈 (ASO)	<small>足関節</small> <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <small>足部</small> <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
	その他希望シーケンス等		
骨密度測定 (DEXA全身用測定器)	<input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨		

結果報告方法

※画像データ(CD-R)を患者様にお渡しします。 ※骨密度はレポート用紙を患者様にお渡しします。

MRI読影 要 不要

MRI検査の場合下記事項のチェックをお願いいたします。

心臓ペースメーカー 閉所恐怖症 じっとしてられない 入れ墨/タトゥ

- | | |
|--|-------|
| ■体内金属 (心ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・その他)
<small>(詳細) ※ありの場合、検査ができない場合があります。</small> | あり・なし |
| ■閉所恐怖症 ※当院のMRIは開口が通常機種より広くなっており、圧迫感が軽減されています。 | あり・なし |
| ■じっとしてられない ※動きがある場合、画像が乱れます。撮像数を減らし検査時間を短縮します。 | あり・なし |
| ■入れ歯 (磁石で固定するもの) ※ありの場合、入れ歯の安定性が低下する可能性があります。 | あり・なし |
| ■刺青・アートメイク ※ありの場合、検査部位や時期により検査ができない場合があります。 | あり・なし |

検査予定日	年	月	日	検査時間	:	~	:
-------	---	---	---	------	---	---	---

※原則として検査開始20分前のご来院を患者様にご指示下さい。