

診療情報提供書（MRI・骨密度 検査申込書）

貴院名	依頼医師名
	先生

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"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎		<input type="checkbox"/> 頭部(MRI・MRA)		
		<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎		<input type="checkbox"/> 頸部(MRI・MRA)		
				<input type="checkbox"/> VSRAD (脳萎縮度精査)		
		肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	手関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	手指 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
		股関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 骨盤		膝関節 (<input type="checkbox"/> ACL) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
		大腿 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	下腿 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	足関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	足部 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
<input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮卵巣		<input type="checkbox"/> 下肢動脈(PAD精査)				
希望シーケンス等コメント						
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)	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
MRI読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 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) (詳細) ありの場合、検査ができない場合があります	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	: ~
-------	-------	------	--------

※ 検査開始20分前にご来院ください。

しんむら整形外科クリニック