

江戸川メディアケア病院

(医療機関名)

院長 古市 基彦

(医師名)

TEL: 03-6657-8175 (直)

(住所) 〒 -

FAX: 03-6657-8197 (直)

〒133-0071 東京都江戸川区東松本2丁目14番12号

診療情報提供書

(TEL)

MRI 検査指示票

(FAX)

希望検査日: 年 月 日 時 分

決定検査日: 年 月 日 時 分

| | | |
|------|--------------------------|-------|
| ふりがな | | 性別 |
| 患者氏名 | | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 大・昭・平・令 年 月 日 (年齢: 歳) | |
| 住 所 | | |
| 電 話 | - - | |

患者チェックリスト (依頼医師が記入)

| | | | |
|---------------|--|------------|--|
| 1) 心臓ペースメーカー | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 | 2) 脳動脈クリップ | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 3) 心臓人工弁 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 | 4) 人工内耳 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 5) 妊娠またはその可能性 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 | 6) MRI 検査歴 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 7) 持続血糖測定器 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 | | |

撮像部位 (単純撮像のみ)

| | | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| 頭部 | <input type="checkbox"/> 脳 MRI | <input type="checkbox"/> 脳 MRA | <input type="checkbox"/> 脳 DWI | | |
| | <input type="checkbox"/> 下垂体 | <input type="checkbox"/> 眼窩 | <input type="checkbox"/> 内耳 | <input type="checkbox"/> 副鼻腔 | |
| 頸胸部 | <input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭 | <input type="checkbox"/> 甲状腺 | <input type="checkbox"/> 頸部 MRA | <input type="checkbox"/> 胸部 MRA | |
| 腹部 | <input type="checkbox"/> 肝胆膵 | <input type="checkbox"/> MRCP | <input type="checkbox"/> 腎・副腎 | <input type="checkbox"/> 腹部 MRA | |
| 骨盤部 | <input type="checkbox"/> 婦人科 | <input type="checkbox"/> 外科骨盤 | <input type="checkbox"/> 膀胱 | <input type="checkbox"/> 前立腺 | <input type="checkbox"/> 精巣 |
| 椎体 | <input type="checkbox"/> 頸椎 | <input type="checkbox"/> 胸椎 | <input type="checkbox"/> 腰椎 | <input type="checkbox"/> ミエロ | |
| [<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右] | | | | | |
| 上肢 | <input type="checkbox"/> 肩関節 | <input type="checkbox"/> 上腕部 | <input type="checkbox"/> 肘関節 | <input type="checkbox"/> 前腕部 | <input type="checkbox"/> 手関節 |
| | <input type="checkbox"/> 手指 | | | | |
| 下肢 | <input type="checkbox"/> 股関節 | <input type="checkbox"/> 大腿部 | <input type="checkbox"/> 膝関節 | <input type="checkbox"/> 下腿部 | <input type="checkbox"/> 足関節 |
| | <input type="checkbox"/> 足部 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 下肢動脈 | <input type="checkbox"/> 下肢静脈 | | | |

検査目的・主訴及び臨床所見

| |
|--|
| |
|--|

備考

| | |
|--|-------------------------------------|
| ※読影 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 | ※CD-R 作成 <input type="checkbox"/> 有 |
|--|-------------------------------------|

記載日: 年 月 日