

## MRI 撮影依頼伝票

年 月 日

明神館クリニック 行

依頼医療機関名 FAX( ) -  
TEL( ) -

医師氏名

フリガナ	生 年 月 日
患者氏名	大・昭・平・令
男・女	年 月 日 ( 歳)
住 所 〒	
連絡先	

●当院受診歴 あり・なし

診断名	主症状
撮影目的	撮影条件 (特に希望があればご記入ください)
撮影種別 単 純 ・ 造 影	
造影ありの場合 喘息	あり・なし
腎機能障害 (クレアチニン $\geq$ 1.5)	あり・なし
カドリニウム造影剤にての過敏症歴	あり・なし
部位 頭部 頸部 胸部 骨盤腔 腹部 臓器名 [ ]	
頸椎 胸椎 腰椎	
MRアンギオ (頭部・頸部・その他 ) M R C P	
その他	

## \* 医師が記入してください

手術歴の有無 (なし・あり) (病名 いつ? )

体内金属の有無 (なし・あり) (どこに? いつ? )

\* 体内金属有の場合・・・金属はMRIに対応していますか (はい・いいえ・未確認)

心臓ペースメーカーを使用していますか (いいえ・はい)

現在, 妊娠している可能性がありますか (いいえ・はい)

●読影レポート 至急 (当日 FAX) 翌日 (要 FAX ・ 郵 送 )

検査日 第1希望	第2希望	第3希望
( 月 日午前・午後)	( 月 日午前・午後)	( 月 日午前・午後)

受付時間 火曜～金曜 8:30～17:30 月・土曜 8:30～12:30

予約担当者 ( )