

MRI検査依頼書

依頼元機関名	電話番号	依頼医師名
予約日時	検査開始時間	年 月 日 (曜日)
		来院時間
		午前・午後
		午前・午後
		時 分
		時 分
フリガナ		
患者氏名		
様(男・女)		
生年月日		
年 月 日		
筑西市民病院受診歴		
無・有 ID		
県西総合病院受診歴		
無・有 ID		
茨城県西部メディカルセンター受診歴		
無・有 ID		
撮影部位		
<input type="checkbox"/> 頭部 (MRI・MRA) <input type="checkbox"/> 頭頸部 (MRI・MRA) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 () <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤腔 ()		
<input type="checkbox"/> 脊髄 (頸髄・胸髄・腰髄) <input type="checkbox"/> 上肢 (R・L) <input type="checkbox"/> 下肢 (R・L) <input type="checkbox"/> その他()		
※ 撮影手技については、当院の撮影条件を適用させていただきます。		
傷病名		
既往歴等		
症状経過・検査目的(できるだけ詳細に記入してください)		
現在の処方及び備考		
チェックリスト(体内磁性体の有無など)		
<input checked="" type="checkbox"/> 人工心臓弁	有・無	<input checked="" type="checkbox"/> 入れ歯
<input checked="" type="checkbox"/> ペースメーカー	有・無	<input checked="" type="checkbox"/> 針治療の針
<input checked="" type="checkbox"/> 人工関節	有・無	<input checked="" type="checkbox"/> 義手・義足
<input checked="" type="checkbox"/> 手術用クリップ	有・無	<input checked="" type="checkbox"/> 妊娠
<input checked="" type="checkbox"/> 固定用プレート	有・無	<input checked="" type="checkbox"/> その他()
読影レポート(有料)	<input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> 不要

※ 画像データはCDRIに出力し、検査終了後に患者様へお渡しいたします。

※ 読影レポートをご希望の場合、依頼元へ郵送させていただきます。

茨城県西部メディカルセンター 地域医療連携室

電話 0296-24-9111(代表)

FAX 0296-24-9115(直通)