

# MRI・エックス線検査依頼票(診療情報提供書)

なかはら脳神経クリニック

〒194-0013

東京都町田市原町田4-14-4 Lifixビル

☎ 042-709-3851

FAX 042-709-3852

ID					
フリガナ					
氏名	男・女				
生年月日	M・T S・H	年	月	日	歳
連絡先	昼間 ( )				自・勤
	夜間 ( )				自・勤
住所	カルテと同				

撮影日	年	月	日	曜日
予約時間	午前	時	分	
	午後			
施設名				
指示医師名				

MRI

依頼内容	
頭部	
顔骨 副鼻腔	
頸部	
胸部 胸部	
腹部 肝・胆・膵・脾・腎・( )	
骨盤腔 骨盤・子宮卵巣・膀胱・前立腺・( )	
脊椎 頸・胸・腰・仙椎尾骨	
上肢 ( 右・左 )	
肩関節・上腕骨・肘関節・前腕・手関節・手指	
下肢 ( 右・左 )	
股関節・大腿骨・膝関節・下腿骨・足関節・足指	
その他 ( )	

臨床診断	
検査部位、臨床経過および検査目的	

以下についてあてはまる場合は検査/造影不可となる場合がありますのでチェックをお願いいたします。

妊娠の可能性 無 有 不明

体重                      Kg

MRI用検査前チェック(厳重にお願いします)

絶対禁忌	心臓ペースメーカー	無・有
	人工内耳	無・有
原則禁忌	脳動脈クリップ	無・有
	型番	
適応注意	冠動脈ステント	無・有
	鼓室形成術	無・有
	義眼	無・有
	マグネット式義歯	無・有
手術経験があれば具体的にご記入ください		無・有

適応注意	不整脈	無・有
	消化管吻合クリップ・ステント	無・有
	人工骨頭・人工関節	無・有
	その他の整形外科的金属	無・有
	その他の体内金属	無・有
	閉所恐怖症	無・有
	入れ墨	無・有
	コンタクトレンズ	無・有
	義歯	無・有

MRI造影の有無 無 有 一任

血清クレアチニン値	mg/dl	
(目安:3か月以内) クレアチニン値2.0以上の方は造影不可となります。透析治療中の方はお電話ください。		
喘息(小児喘息、既往歴のある方含む)	無・有	腎機能障害 無・有
造影剤のアレルギーの既往	無・有	甲状腺機能障害 無・有
造影剤以外のアレルギー	無・有	その他 ( ) 無・有

一般撮影

頭部・胸部・腹部・骨盤・脊椎 ( 頸椎・胸椎・腰椎・仙椎尾骨 )	方向
肩関節・鎖骨・上腕骨・肘関節・前腕骨・手関節・手指	右・左 方向
股関節・大腿骨・膝関節・下腿骨・足関節・足根骨・足指	右・左 方向

骨密度(DXA法)