

診療情報提供書(MRI検査依頼書)

| |
|------------------------------|
| 貴院患者様ID _____ |
| 氏名 _____ |
| 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| 性別 _____ 男 _____ 女 _____ |

| |
|----------------------------------|
| MRI検査実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| 診療科 _____ |
| 担当医師 _____ |
| 次回診察日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |

検査部位

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| 頭部 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 眼窩部 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> | 頸部 <input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 耳下線 <input type="checkbox"/> 顎下線 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> | 胸部 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 大血管 <input type="checkbox"/> | 腹部 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 膵臓・MRCP <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> 大血管 <input type="checkbox"/> | 骨盤部 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> |
| 椎体 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨 <input type="checkbox"/> | 四肢 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 上腕部 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手 | <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"/> | <input type="checkbox"/> DWIBS法 |
| <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px 20px;">(右 ・ 左)</div> | | | | |

臨床診断 (確定 ・ 推定)

検査目的及び具体的指示をご記入ください
(DWIBS法は撮影範囲もご記入ください)

造影剤の使用 有 ・ 無

造影検査の場合は記入してください

血清Cr値 _____ mg/dl

検査日から3ヶ月以内のデータをご記入ください

MRI専用の問診票・同意書のご記入もお願いします。
造影検査をご希望の場合は、造影検査専用の問診票・同意書もご記入ください。
(直近の血液検査データの添付もお願いします)

治療歴・臨床経過等