

放射線検査依頼書 兼 診療情報提供書

社会医療法人社団 健生会 立川相互病院

紹介元医療機関名

MRI 一般撮影 一般造影 検査

住所:

予約日時

TEL:

FAX:

月 日 () :

依頼医師名:

印

患者ID			
フリガナ		☐ 男	生年月日
氏名		☐ 女	大正
			昭和
			平成 年 月 日 歳
住所	〒	TEL	- -

お申し込み検査

☐ 単純

☐ 単純+造影

【頭頸部MRI】

【椎体MRI】

【一般造影】

☐	70	脳MRI
		☐ 単純 ☐ 単純+造影
		☐ ルーチン+MRA ☐ MRA
☐	71	下垂体MRI

☐	78	頸椎MRI
☐	79	胸椎MRI
☐	80	腰椎MRI
☐	81	その他頭頸部MRI

☐	90	頸部食道造影
☐	91	上部消化管造影
☐	92	注腸造影

△使用薬剤指示 必須

△使用薬剤指示 必須

【躯幹MRI】

【四肢MRI】

【骨密度】

☐	72	胸部MRI
☐	73	腹部MRI
		☐ 単純 ☐ 単純+造影
		☐ 単純+造影+MRCP
☐	74	MRCP (単純)のみ
☐	75	骨盤MRI
☐	76	前立腺MRI
☐	77	その他躯幹MRI

☐	82	肩関節MRI
☐	83	股関節MRI
☐	84	膝関節MRI
		☐ 右 ☐ 左 ☐ 両側
☐	85	その他四肢MRI

☐	94	骨密度
		☐ 腰椎+右大腿骨 ☐ 腰椎+左大腿骨
		☐ 右大腿骨 ☐ 左大腿骨
		☐ 腰椎 ☐ 人工関節 ☐ + 筋肉量測定

【一般撮影】

☐	95	胸部正面
☐	96	腹部 ☐ 立位 ☐ 臥位
☐	97	胸椎
☐	98	腰椎
☐	99	アキレス腱 ☐ 両側 ☐ 右 ☐ 左

確認事項 ※該当する□にチェックをお願いします。

☐ 手術後に検査	☐ シーネ付きで検査	☐ シーネ外して検査	☐ シャツあり注意 (左 ・ 右)
☐ VSRADで撮影	☐ 乳癌Ope後注意	☐ 繰り上げ実施<可>	☐ ヘルニア疑い 連続撮影
☐ 特別指示 ()			
MRI検査 必須	同意書	☐ MRI検査説明・同意書作成済み	
	体内金属	☐ 体内金属・ペースメーカーなし ☐ ペースメーカーなし ☐ ペースメーカーあり	
		☐ 体内金属なし ☐ 体内金属あり 種類: ()	
造影検査 必須	同意書(一般造影)	☐ 一般造影検査説明・同意書作成済み	
	前処置	☐ 造影前処置なし	
		☐ 造影前処置(ソルコーテフ100mg+生食20mL)	
		☐ 造影前処置(水溶性プレドニン20mg+生食20mL)	
使用薬剤	上部消化管造影 注腸造影	鎮痙剤	☐ ブスコパン<可> ☐ ブスコパン<禁>
			☐ グルカゴン<可> ☐ グルカゴン<禁>
		麻酔	☐ キシロカイン<可> ☐ キシロカイン<禁>

検査目的	☐ 精査 ☐ スクリーニング ☐ フォローアップ	病名	
臨床診断・症状・経過			