

ID

MRI

氏名

検査依頼票 (照射録)

性別

生年月日

医師

検査日		午前 <input type="checkbox"/>	時	分
年 月 日 ()		午前 <input type="checkbox"/>		
科名	外入	フィルム		
病室		枚		
技師		撮影条件		
依頼病院・医院				
TEL				

検査目的・主症状

部 位 (目的部位をはっきり限定して下さい)

頭部	脊椎	胸部	腹部	骨盤部	四肢
1. ルーチン <input type="checkbox"/>	1 頸椎 <input type="checkbox"/>	1 肺野 <input type="checkbox"/>	1 胆・脾臓 <input type="checkbox"/>	1 膀胱 <input type="checkbox"/>	1 両股関節 <input type="checkbox"/>
	2 胸椎 <input type="checkbox"/>	2 縦隔 <input type="checkbox"/>	2 胆のう・胆道 <input type="checkbox"/>	2 子宮卵巢 <input type="checkbox"/>	
2. フレアー <input type="checkbox"/>	3 腰椎 <input type="checkbox"/>	3 その他 <input type="checkbox"/>	3 膵臓 <input type="checkbox"/>	3 前立腺 <input type="checkbox"/>	
3. DWI <input type="checkbox"/>	4 その他 <input type="checkbox"/>		4 腎臓 (R.L) <input type="checkbox"/>	4 その他 <input type="checkbox"/>	
4 頭部 MRA <input type="checkbox"/>	5 頸部 MRA <input type="checkbox"/>		5 その他 <input type="checkbox"/>	5	
5. その他 <input type="checkbox"/>					

撮影方法 (希望するところにチェックをつけて下さい)

造影剤名

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. 単純 <input type="checkbox"/> | 1.プロハンス <input type="checkbox"/> |
| 2. 造影 <input type="checkbox"/> | 2. その他 () <input type="checkbox"/> |

検査所見

チェック項目	
手術の有無	有 ・ 無
心臓ペースメーカーの有無	有 ・ 無
動脈クリップ有無	有 ・ 無
てんかんの有無	有 ・ 無
人工骨頭の有無	有 ・ 無
心臓の病気・不整脈の有無	有 ・ 無
心臓病貼り薬(ニトロゲームTTS)有無	有 ・ 無
禁煙用貼り薬(ニコチネルTTS)有無	有 ・ 無
持続性疼痛治療薬(ノルspanテープ)有無	有 ・ 無
パーキンソン病治療薬(ニュープロパッチ)	有 ・ 無
インプラント装着(歯)の有無	有 ・ 無
アレルギーの有無	有 ・ 無
妊娠の有無	有 ・ 無