

武蔵村山病院

MRI 検査申込書兼診療情報提供書

※印はすべて記入してください

※紹介元医療機関名

※医師名

※検査日

年

月

日

時

分

リガナ

※患者氏名

様 男・女

大和会共通 ID

※生年月日 M・T・S・H

年

月

日

※患者 TEL

※撮像部位

部位	項目	部位	項目
頭部 I	<input type="checkbox"/> 頭蓋全般 <input type="checkbox"/> 後頭蓋窩 <input type="checkbox"/> トルコ鞍	腹部 I	<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 膵臓
頭部 II	<input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 頸部	腹部 II	<input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 骨盤
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎	胸部	<input type="checkbox"/> 胸部
上肢	<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手	特殊撮像	<input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> MRV <input type="checkbox"/> MRCP
下肢	<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足	その他	

※臨床診断名、症状、検査目的、その他処方など

※造影の必要性

なし

あり→腎機能検査 (eGFR: 推定糸球体濾過量) 記入

測定日(1カ月以内)

月

日

(mL/min/1.73m²)

※検査前のチェック

1. いままで手術を受けた事がありますか? はい () いいえ
2. 体内金属はありますか? はい (材質) いいえ
3. 閉所恐怖症の可能性はありますか? はい いいえ
4. 妊娠もしくはその可能性はありますか? はい いいえ
5. 体重 (kg)

XP、CT 等撮像済みの場合は患者さまに持参させてください

この用紙を FAX でお送りください。

送り先 武蔵村山病院 画像診断・PET センター

FAX 042-566-3318