

MRI・MRA・頸動脈エコー検査申込書(診療情報提供書)

平成 年 月 日

紹介先医療機関名: もり脳神経外科クリニック 〒: 142-0053 東京都品川区中延 5丁目2番2号 ザ・パークハウス品川 荏原町2階 TEL: 03-3788-1777 FAX: 03-3788-1778	紹介元医療機関名: 所在地: 医師名: TEL: () FAX: ()
---	---

患者情報	患者名 様 男・女 M・T・S・H 年 月 日 (歳)
	住所 〒
	TEL () 当院への受診歴 (有・無・不詳)

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> 大血管 ()
	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 肩関節 (R ・ L) <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー
	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 股関節 (R ・ L)
	<input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 膝関節 (R ・ L)
	<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 足関節 (R ・ L)
	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 手関節 (R ・ L)
	<input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ()

MRI撮像条件	ご希望がありましたらご記入ください		
	<input type="checkbox"/> ルーチン	当クリニックの部位ルーチンでの撮像	
	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> Axial	T1・T2・FLAIR・Diffusion・T2*・MRA・()
		<input type="checkbox"/> Sagittal	T1・T2・FLAIR・Diffusion・T2*・MRA・()
		<input type="checkbox"/> Coronal	T1・T2・FLAIR・Diffusion・T2*・MRA・()
		<input type="checkbox"/> その他	T1・T2・FLAIR・Diffusion・T2*・MRA・()
<input type="checkbox"/> 造影			

検査希望日: 第1希望 (月 日) 第2希望 (月 日) 至急 (月 日)

傷病名

既往歴及び家族歴

薬物アレルギー

症状経過(現病歴)

検査チェック項目

心臓ペースメーカー	(有 ・ 無)	妊娠	(有 ・ 無)
脳血管クリップ	(有 ・ 無)	手術既往歴	(有 ・ 無)
人工骨頭・関節	(有 ・ 無)	ステント・クリップ類	(有 ・ 無)
人工弁・人工内耳	(有 ・ 無)	アレルギー・喘息	(有 ・ 無)
義眼	(有 ・ 無)		

有の場合 MRI検査が(可能 ・ 不明)

手術等で体内金属がある場合にはMRI撮像が可能かどうか確認が必要です