

(CT・MRI) 指示書

【記載日】令和 年 月 日

フリガナ			性別	生年月日	
氏名			男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
検査 予約日	令和 年 月 日	予約 時間	午前 午後	時	分
CT	<input type="checkbox"/> 頭部 (脳) <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 頭部 (副鼻腔・中耳) <input type="checkbox"/> 胸部+腹部	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 頸部		
MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 (脳) <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 肩関節(右・左) <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> その他 () ※ 身長 cm	<input type="checkbox"/> 頭部(脳) + 頭部MRA <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 股関節(右・左) <input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 膝関節(右・左)	※ 体重 kg	
MR I 検査のチェックリスト (未記入の場合は、受付不可)					
<ul style="list-style-type: none"> ・ステント・コイル・フィルタ ・脳動脈瘤クリップ ・人工弁・人工骨頭・人工関節 ・インプラント ・刺青・美容刺青 ・外傷による鉄粉 (弾丸、鉄片) ・認知症 ・マニキュア(硬化処理) ・コンタクトレンズ(色付き) ・入れ歯 ・閉所恐怖症 ・過去にMR I 検査をうけたことがある 		<ul style="list-style-type: none"> 【<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし】 【<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし】 【<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし】 【<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし】 【<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし】 【<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし】 【<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし】 【<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし】 【<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし】 【<input type="checkbox"/> あり (いつ頃:) <input type="checkbox"/> なし】 		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> MR I 検査禁忌 <ul style="list-style-type: none"> ・ペースメーカー ・植え込み型除細動器 ・神経刺激装置 ・脳刺激装置 ・骨成長刺激装置 ・人工内耳 ・可動式義眼 </div>	
読影レポート			<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要		
臨床診断、臨床経過等					
医療機関名：		依頼医師：		氏 名	

【実施日】

令和 年 月 日

独立行政法人 国立病院機構 三重病院

第2版 2023/10/5