

MRI検査依頼票

検査日 西暦 年 月 日 時 分

仙台西多賀病院記載事項 → 検査ID _____

依頼施設様 ID			
フリガナ			
氏名	様	男・女	
生年月日	西暦	年	月 日
施設名			
医師名			

依頼医様へのお願い

- ◎ MRIの予約検査時間は月～金曜日の9時00分～16時30分までです。
- ◎ MRI問診票への記載を必ずお願い致します。無い場合は、検査を行いません。
- ◎ 検査時間が大幅に延長するため、検査オーダーは1部のみでお願い致します。四肢等の検査において両側の撮影は2部位になるため、右左どちらか1方向でお願い致します。

患者様への注意事項

- ◎ 患者様は検査時間の30分前まで仙台西多賀病院地下1階放射線科受付に直接お越し下さる様お願い致します。
- ◎ 急患等の検査が入った場合に予定時間より遅れることをご了承願います。
- ◎ 必ずMRI検査問診票をご持参下さる様お願い致します。無い場合は、検査を行えません。

頭部	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 眼窩部	<input type="checkbox"/> 内耳		<input type="checkbox"/> その他頭部
頸部	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 甲状腺			<input type="checkbox"/> その他頸部
腹部	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 胆嚢(MRCP含む)	<input type="checkbox"/> 膵臓(MRCP含む)	<input type="checkbox"/> 腎臓		<input type="checkbox"/> その他腹部
	上記腹部の検査は、検査時間の3時間前から絶飲食になります。					
骨盤部	<input type="checkbox"/> 卵巣・子宮	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 直腸		<input type="checkbox"/> その他骨盤部
脊椎・脊髄	<input type="checkbox"/> 頸椎・頸髄	<input type="checkbox"/> 胸椎・胸髄	<input type="checkbox"/> 腰椎・腰髄	<input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部	<input type="checkbox"/> 仙椎・尾骨部	
Rt 上肢	<input type="checkbox"/> Rt 肩関節	<input type="checkbox"/> Rt 肘関節	<input type="checkbox"/> Rt 手関節	<input type="checkbox"/> Rt 上腕部	<input type="checkbox"/> Rt 前腕部	<input type="checkbox"/> Rt 手部
Lt 上肢	<input type="checkbox"/> Lt 肩関節	<input type="checkbox"/> Lt 肘関節	<input type="checkbox"/> Lt 手関節	<input type="checkbox"/> Lt 上腕部	<input type="checkbox"/> Lt 前腕部	<input type="checkbox"/> Lt 手部
Rt 下肢	<input type="checkbox"/> Rt 股関節	<input type="checkbox"/> Rt 膝関節	<input type="checkbox"/> Rt 足関節	<input type="checkbox"/> Rt 大腿部	<input type="checkbox"/> Rt 下腿部	<input type="checkbox"/> Rt 足部
Lt 下肢	<input type="checkbox"/> Lt 股関節	<input type="checkbox"/> Lt 膝関節	<input type="checkbox"/> Lt 足関節	<input type="checkbox"/> Lt 大腿部	<input type="checkbox"/> Lt 下腿部	<input type="checkbox"/> Lt 足部

診断名 具体的な検査目的事項等を詳細に記入をお願い致します。読影や検査に必要となります。

読影希望あり

会計情報

単 純	回
--------	---

撮影技師