

M R I 検査依頼票

IDNo.

名前

年 月 日生 才

検査希望日

AM 時 分
PM

月 日 (曜日)

※ 身長 cm
体重 kg

※ 依頼医

※ 外来 科
入院 3 F ・ 4 F

※ 感染症 有 無
種類 ()

臨床診断・経過 ※

緊急度 急 ・ AM ・ PM

病 歴
手術歴

搬送 歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー

検査目的・撮影方法及び方向 (具体的に必ず記入)

※検査方法

- ① P
- ② C E (単純造影)
- ③ C E (ダイナミック造影)
プロハンス・E O B (肝癌専用)

※検査部位

- ※ブスコパン 使用可 使用不可
- 出血性大腸炎 (有 ・ 無)
 - 緑内障 (有 ・ 無)
 - 前立腺肥大 (有 ・ 無)
 - 重篤心疾患 (有 ・ 無)
 - 麻痺性イレウス (有 ・ 無)
- ボースデル 使用可 使用不可
- 消化管穿孔 (有 ・ 無)
 - 腹膜炎 (有 ・ 無)
 - 誤嚥 (有 ・ 無)

頭 部 頭部MRI ・ 頭部MRA ・ VSRAD (認知症診断)
頭MRV ・ 下垂体 ・ 眼窩 ・ 副鼻腔
中内耳 ・ 顎関節

頸 部 頸部 ・ 頸部MRA ・ 甲状腺 ・ 咽頭
唾液腺 ()

※MRI検査チェックリスト

- ①心臓ペースメーカー (有 ・ 無)
- ②心臓人工弁 (有 ・ 無)
- ③脳内動脈クリップ (有 ・ 無)
- ④人工内耳 (有 ・ 無)
- ⑤閉所恐怖症 (有 ・ 無)
- ⑥義歯 (有 ・ 無)
- ⑦義眼・眼外傷 (有 ・ 無)
- ⑧入れ墨 (有 ・ 無)
- ⑨その他体内金属 (有 ・ 無)
- ⑩現在妊娠 (有 ・ 無)
- ⑪かつら
- ⑫補聴器

胸 部 縦隔 ・ 乳腺
腹 部 肝臓 ・ 胆のう ・ 膵臓 ・ 腎蔵 (副腎)
MRC P ・ 腹部MRA ・ MRU

骨盤部 膀胱 ・ 子宮 ・ 卵巣
前立腺 ・ 精囊 ・ 陰囊 ・ 精索

脊 椎 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 仙椎

※造影検査時

- ⑬アレルギー疾病 (有 ・ 無)
- ⑭腎機能障害 (有 ・ 無)

四 肢 肩関節 肘関節 ・ 手関節 ・ 手指 (右 ・ 左)
股関節 膝関節 ・ 足関節 ・ 足趾 (右 ・ 左)
下肢MRA

造影剤 プロハンス 17 ml 本
E O B 10 ml 本
() () ml 本
ボースデル 250 ml 本

その他

その他 生理食塩水 20 ml 本
ブスコパン () ml 筋注 静注

検査実施日

技 師

年 月 日 (曜日) 時 分