

MRI検査依頼書(兼照射録)

依頼日 年 月 日

検査日	年 月 日
時間	時 分

検査施設 名称 : 公益社団法人 岐阜病院
 住所 : 岐阜市日野東3丁目13番6号
 電話 : 058-259-3366
 FAX : 258-259-3376

氏名	(フリガナ)
生年月日	
年齢	
性別	
住所	
連絡先	

有	無	チェック項目
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓ペースメーカー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工内耳
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工弁
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯(インプラント含む)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義眼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	体内金属
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	クリップ・バルブ・ステント
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アートメイク(眉墨など)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	刺青・タトゥー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	妊娠
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	閉所恐怖症

依頼施設名	
住所	
連絡先	
依頼医師 自筆サイン	

撮影部位	基本撮影	追加可能撮影
<input type="checkbox"/> 頭部	Ax(横断)T1.T2.FLAIR+Co(冠状断)T1	<input type="checkbox"/> DWI(拡散強調画像) <input type="checkbox"/> AxT2*
<input type="checkbox"/> 頭部+MRA	Ax(横断)T1.T2.FLAIR+Co(冠状断)T1+MRA	<input type="checkbox"/> DWI(拡散強調画像) <input type="checkbox"/> AxT2*
<input type="checkbox"/> 頸部	Ax(横断)T2+Sa(矢状断)T1.T2	
<input type="checkbox"/> 骨盤腔	Ax(横断)T2+Sa(矢状断)T1.T2	<input type="checkbox"/> 脂肪抑制画像
<input type="checkbox"/> 頸椎	Ax(横断)T2+Sa(矢状断)T1.T2	<input type="checkbox"/> 脂肪抑制画像
<input type="checkbox"/> 胸椎	Ax(横断)T2+Sa(矢状断)T1.T2	<input type="checkbox"/> 脂肪抑制画像
<input type="checkbox"/> 腰椎	Ax(横断)T2+Sa(矢状断)T1.T2	<input type="checkbox"/> 脂肪抑制画像
<input type="checkbox"/> 膝	Sa(矢状断)T1.T2+Co(冠状断)T1.T2	<input type="checkbox"/> 脂肪抑制画像
<input type="checkbox"/>		

撮影日	年	月	日
-----	---	---	---

撮影技師 自筆サイン	
---------------	--

※ MRI検査は強い磁石を使って検査を行います。金属の物はすべて外して頂きますのでご了承ください。
 また検査時に電磁波を発生しますので、細かい金属粉(カイロ・刺青・タトゥー・カラーコンタクト)がある場合、発熱する可能性があります。その際は検査を中止する場合があります。

- ・ 検査当日は時間に余裕を見てお越しください。
- ・ この依頼書を持参頂き、公益社団法人 岐阜病院の受付までお越しください。
- ・ 緊急検査等により予約時間が多少ずれることがありますのでご了承下さい。
- ・ ご都合により検査に来られない場合は、早めにご連絡ください。