

MR I 検査依頼書

紹介元医療機関 _____

依頼医 _____

TEL _____

検査日時	年 月 日 時 分		
フリガナ			性別 男・女
患者氏名			
生年月日	T / S / H	年 月 日 (歳)	
連絡先			
病名			
主症状			
検査目的			
検査部位	頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤腔 脊椎 (頸椎 胸椎 腰椎) 上肢：肩関節 肘関節 手関節 手 (右 ・ 左) 下肢：股関節 膝関節 足関節 足 (右 ・ 左) その他()		
撮影シーケンス	一任 AX T1 T2 T2* PD その他 () SAG T1 T2 T2* PD その他 () COR T1 T2 T2* PD その他 () *単純のみとなります		
その他 特記事項			

ペースメーカー等の体内電子機器	なし・あり	
脳動脈瘤クリップ	なし・あり ()	MRI検査：可 ・ 不可)
手術歴	なし・あり ())
その他体内金属	なし・あり ()	MRI検査：可 ・ 不可)
閉所恐怖症	なし・あり	
喘息、アレルギー	なし・あり	

*体内金属がある場合、材質確認や検査の可、不可をご確認ください。

*体内金属については材質確認ができなければ検査ができないことがあります。ご了承ください。

◎画像診断報告書は、貴院の方へ検査後郵送させていただきます。

熊本回生会病院 放射線科 TEL : 096-237-3116 FAX : 096-237-3117