

# (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)		
フリガナ		電話番号			
自宅住所					
検査 予約日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	予約 時間	午前 _____ 時 _____ 分 午後 _____ 時 _____ 分		
CT	<input type="checkbox"/> 頭部 (脳) <input type="checkbox"/> 頭部 (副鼻腔・中耳) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 椎体 (頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
	② MRI 検査は 1 検査 1 部位でお願いいたします。(例 <input checked="" type="checkbox"/> 膝関節 (右・左))				
MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 (脳) <input type="checkbox"/> 頭部 (脳) + 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 膝関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 肩関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) ※ 身長 _____ cm      ※ 体重 _____ kg				
MRI 検査のチェックリスト (MRI 依頼時：未記入の場合は、受付不可)					
<input type="checkbox"/> スtent・コイル・フィルタ      【 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし 】	<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ      【 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし 】	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"><b>MRI 検査禁忌</b><ul style="list-style-type: none"><li>・ペースメーカー</li><li>・植え込み型除細動器</li><li>・神経刺激装置</li><li>・脳刺激装置</li><li>・骨成長刺激装置</li><li>・人工内耳</li><li>・可動式義眼</li></ul></div>			
<input type="checkbox"/> 人工弁・人工骨頭・人工関節      【 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし 】	<input type="checkbox"/> 入れ歯・インプラント・歯列矯正具      【 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし 】				
<input type="checkbox"/> 刺青・美容刺青      【 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし 】	<input type="checkbox"/> 外傷による鉄粉 (弾丸、鉄片)      【 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし 】				
<input type="checkbox"/> 補聴器      【 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし 】	<input type="checkbox"/> マニキュア (硬化処理)      【 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし 】				
<input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ      【 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし 】	<input type="checkbox"/> 認知症      【 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし 】				
<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症      【 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし 】	<input type="checkbox"/> 過去にMRI検査を受けたことがある      【 <input type="checkbox"/> あり (いつ頃: _____) <input type="checkbox"/> なし 】				
臨床診断、臨床経過等					
医療機関名: _____				依頼医師: _____	氏名 _____ 印

【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1版 2020/1