

# 診療情報提供書(兼MRI検査依頼票)

FAX  
(鶴川サナトリウム病院用)

申込日 年 月 日  
医療機関名  
住所  
電話番号  
医師氏名



医療法人財団明理会 鶴川サナトリウム病院  
認知症疾患医療センター  
TEL:042-735-2222(代表)  
TEL(FAX兼用):042-737-1253(放射線科直通)

フリガナ		性別	
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日
電話番号		身長・体重	cm kg
検査予約日時		年 月 日 ( )	時 分
臨床診断			
検査目的			

<input type="checkbox"/> 頭部ルーチン 追加項目 <input type="checkbox"/> 脳動脈MRA <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> ASL <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 頸部 (耳下腺・甲状腺等) <input type="checkbox"/> 頸動脈MRA <input type="checkbox"/> 胸部 (胸膜・縦隔) <input type="checkbox"/> 腹部 (肝,膵,胆管系) <input type="checkbox"/> 腹部 + MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤部 (子宮, 卵巣・前立腺)	椎体, 脊髄 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎  四肢 <input type="checkbox"/> 股関節 (みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 膝関節 (みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 足関節 (みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 肩関節 (みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 手関節 (みぎ・ひだり)	<input type="checkbox"/> その他 ( ) ☆撮影法についてのご指示は こちらにご記入ください。
---	--	--

## 「MRI問診チェック」

※予約を入れる前にご確認をお願い致します。ご不明な点がございましたら、放射線科までご連絡ください。

### 検査を受けられません。

・心臓ペースメーカー ・除細動器 ・人工内耳 ・義眼等を装着されている方 ・妊娠中の方

### 検査を受けられない場合があります。

・体内金属 (動脈瘤クリップ・整形手術用の金属・異物金属片 等) が入っている  はい  いいえ

※「はい」場合のみ下記の質問にお答えください

・体内金属手術からMRI検査歴がある  はい  いいえ

・手術時期、部位、素材など分かる範囲でお答えください

【手術時期： 年 部位： 素材： 】

・刺青・アートメイクをしている (変色、やけどを起す可能性があります)  はい  いいえ

・閉所恐怖症である (狭いところが苦手、不安である)  はい  いいえ