**ＭＲＩ検査依頼書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年  月日 | 年　　　月　　　日  　　（　　　　　才） | **＊必須項目です**  体重    Kg |
| 氏名 | 男  　　　　　　　　　　　　　　様　女 | |
| **[**検査部位]  □脳　　　□下垂体　　□眼窩　　□副鼻腔　　□内耳　　□頚部　　□耳下腺  □顎下腺　□肺　　　　□縦隔　　□心臓　　□大血管（　　　）　□乳腺  □頸椎　　□胸椎（　　　　）　　□腰椎（　　　　　　）　□上肢　　　□下肢  □肝脾　　□膵　　　　□腎　　　□骨盤腔  □MRA・頭部　・頚部　　・他（　　　　　　　　　　　　　）□MRCP  □その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 臨床診断名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【注意事項】人工内耳を付けている方は  MRI検査を受けられません | | | | | |
| 検査目的 | | | | | |
| **＊以下の内容は必須項目です**  造影　可・否  □造影可（造影剤の使用に同意済み）  □造影不可（造影剤の使用に不同意） | | [患者情報]　　**＊以下の内容は必須項目です**  ・移動　　　　 　 □歩行　□車椅子　□ストレッチャー  ・MRI造影剤検査歴 □無　 □有  ・造影剤副作用　 □無　 □有（□発疹　□嘔吐　　　 ）  ・気管支喘息　　 □無　 □有（　　　　　　　　　 　）  ・アレルギー　 　 □無　 □有（　　　　　　　　　　 ）  ・腎機能　 　 　 □正常 □異常  （eGFR: BUN：　 　Cr： 　 ）  ・閉所恐怖症 　 □無　 □有 ( )  ・ペースメーカーICD等　□無　　□有（MRI対応）  ※手帳を持参のこと  ※MRI非対応の場合は検査不可  ・体内金属 □無　 □有 ( )  ・入れ墨及びタトゥ□無　 □有  　　　　　　　　　※検査ができない場合があります  ・金属取扱業務歴 □無　 □有(　　　　　　　　　 　)  ・妊娠の可能性　 □無　 □有（　　　　　　　　ヶ月） | | | |
| 備考  ※造影剤使用の可否が未記載の場合  [患者情報]　気管支喘息、アレルギー、腎機能が未記載の場合、造影剤は使用しません。  [患者情報]　全てに記載がある場合、帯広厚生病院放射線科医師が造影剤の使用を判断しますのでご了承ください。 | |
| **＊帯広厚生病院処理欄**  検査日　　年　　月　　日　AM/PM　　：　　　□第1　□第2 □第3　□第4  放射線科医師指示欄　　□造影なし　□造影時医師立ち合い（□無　□有　□不要）  　□脳　　□脳幹　□脳meta　□脳MRA □頭頚部MRA　□脳VSRAD　□内耳  □眼窩 □下垂体　□頚部 □腎　　□肝プリモビスト□肝リゾビスト  □ 膵 □MRCP（最低4時間前から絶飲食）□膵+MRCP  □脊椎　□子宮　□卵巣　 □四肢腫瘍　□（　　　　　　　）　指示医 | | | | | |

帯広厚生病院放射線科外来　2021年3月作成