

## MRI 撮影依頼伝票

平成 年 月 日

明神館脳神経外科 行

依頼医療機関名	FAX( ) -
	TEL( ) -

医師氏名

フリガナ	生年月日
患者氏名	明・大・昭・平
男・女	年 月 日 ( 歳)
住 所 〒	
連絡先	

●当院受診歴 あり・なし

診断名	主症状
撮影目的	撮影条件（特に希望があればご記入ください）
撮影種別 単 純 ・ 造 影	
造影ありの場合 喘息	あり・なし
腎機能障害（クレアチニン $\geq$ 1.5）	あり・なし
カドリニウム造影剤にての過敏症歴	あり・なし
部位 頭部 頸部 胸部 骨盤腔 腹部 臓器名（ ）	
頸椎 胸椎 腰椎	
MRアンギオ（頭部・頸部・その他）	M R C P
その他	
* 医師が記入してください	
手術歴の有無（なし・あり）（病名 いつ？）	（ ）
体内金属の有無（なし・あり）（どこに？ いつ？）	（ ）
<b>*体内金属有の場合・・・金属はMRIに対応していますか（はい・いいえ・未確認）</b>	
心臓ペースメーカーを使用していますか（いいえ・はい）	
現在、妊娠している可能性がありますか（いいえ・はい）	
<b>*今回の検査・症状は事故によるものですか（いいえ・はい）</b>	

●読影レポート 至急（当日FAX） 翌日（要FAX・郵送）

検査日 第1希望	第2希望	第3希望
( 月 日午前・午後)	( 月 日午前・午後)	( 月 日午前・午後)
受付時間 月曜～金曜 8:30～17:30	土曜 8:30～12:30	
予約担当者 ( )		

## C T 撮影依頼伝票

平成 年 月 日

明神館脳神経外科 行

依頼医療機関名 TEL( ) -

医 師 氏 名

フリガナ	生年月日
患者氏名	明・大・昭・平 男・女 年 月 日（歳）
住 所 〒	
連絡先	

●妊娠 あり・なし

●当院受診歴 あり・なし

診断名	主症状
撮影目的	撮影条件（特に希望があればご記入ください）
撮影種別	単 純 ・ 造 影 造影ありの場合 喘息 あり・なし ヨード造影剤にての過敏症歴 あり・なし 腎機能障害（クレアチン $\geq$ 1.5） あり・なし
部位	頭部 頸部 胸部 頸椎 肝胆膵腎 胸椎 骨盤 腰椎
その他	● <u>今回の検査・症状は事故によるものですか</u> (いいえ・はい)

●読影レポート 至急（当日 FAX） 翌日（要 FAX・郵 送）

検査日 第1希望	第2希望	第3希望
( 月 日午前・午後)	( 月 日午前・午後)	( 月 日午前・午後)

※ 受付時間 月曜～金曜 8:30～17:30、土曜 8:30～12:30

予約担当者 ( )