

MRI検査依頼書

広島県立総合リハビリテーションセンター 地域医療連携室 宛

FAX 082-420-2281(専用)

R 年 月 日申し込み

紹介元医療機関名	
医師名	
TEL () —	FAX () —
予約希望日時 ①R 年 月 日(:) ②R 年 月 日(:)	
フリガナ 患者氏名	様(男・女)
生年月日	M T S H R 年 月 日
住所 〒 —	
連絡先 — —	携帯 — —
広島県立総合リハビリテーションセンター 受診歴 有 ・ 無 ・ 不明	

検査部位

<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾椎 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 肩関節(<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) <input type="checkbox"/> 肘関節(<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) <input type="checkbox"/> 手関節(<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) <input type="checkbox"/> 手指(<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) <input type="checkbox"/> 股関節(<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) <input type="checkbox"/> 膝関節(<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) <input type="checkbox"/> 足関節(<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) <input type="checkbox"/> 足(<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) <input type="checkbox"/> その他()	傷病名・検査目的・備考
--	-------------

※撮影手技については、当院の撮影条件を適応させていただきます。 ※原則一検査一部位とさせていただきます。

検査前チェック必ず記入

絶対禁忌	心臓ペースメーカー 体内電子精密機器(刺激電極など) 人工内耳・中耳 圧可変式バルブシャント 磁力を利用している義眼・義歯	有・無 有・無 有・無 有・無 有・無	適応注意	閉所恐怖症 手術などによる体内金属 その他体内金属 2カ月以内に挿入されたステント 眉や体の刺青(変色、火傷の恐れ) 針治療の針 磁性体の避妊器具	有・無 有・無 有・無 有・無 有・無 有・無 有・無
	原則禁忌	MRI対応でない脳動脈クリップ 妊娠		有・無 有・無	

身長 cm 体重 kg ※検査に必要ですのでご記入ください。

上記の項目を確認し、検査を受けることに同意いただける場合は署名をお願い致します。

R 年 月 日 ご本人様署名欄

R 年 月 日 医師署名欄

読影レポート(有料) 必要 不要

※画像データはCDRに出力し、紹介元医様宛に郵送させていただきます。(読影レポートも同じく)

※検査前チェックを必ず行ってください。

広島県立総合リハビリテーションセンター 地域医療連携室

※ご予約の15分前までにお越しください。

TEL 082-425-1455(代表)