

MRI検査申込書 (兼 検査終了報告書)

申込先医療機関名
独立行政法人 国立病院機構 新潟病院

検査依頼元医療機関名
依頼元医師名

Ingenia 1.5T OMEGA HP 株式会社フィリップス・ジャパン

患者様基本情報 (新潟病院患者ID :)

フリガナ		性別	生年月日	年号
氏名			年 月 日 (歳)	
住所	〒		電話	

検査予約日時	年 月 日 (曜日)	時 分
--------	-------------	-----

●希望検査項目 (希望する項目にチェックをつけてください) MRIシーケンス別紙ご覧ください

<p>頭頸部</p> <input type="checkbox"/> 脳ルチン急性期 <input type="checkbox"/> 脳ルチン+NeckA <input type="checkbox"/> 脳ルチン+3D <input type="checkbox"/> 脳ルチン+VSRAD <input type="checkbox"/> 脳ルチン+脳幹薄層 <input type="checkbox"/> 視神経 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <p>上肢</p> <input type="checkbox"/> 右肩関節 <input type="checkbox"/> 左肩関節 <input type="checkbox"/> 右上腕骨 <input type="checkbox"/> 左上腕骨 <input type="checkbox"/> 右手 <p>下肢</p> <input type="checkbox"/> 右大腿 <input type="checkbox"/> 左大腿 <input type="checkbox"/> 右膝関節 <input type="checkbox"/> 左膝関節	<p>椎体</p> <input type="checkbox"/> 頸椎・頸髄 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <p>胸部</p> <input type="checkbox"/> 胸部 <p>腹部</p> <input type="checkbox"/> MRCP	<p>骨盤</p> <input type="checkbox"/> 右股関節 <input type="checkbox"/> 左股関節 <input type="checkbox"/> 両股関節 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 右肘関節 <input type="checkbox"/> 左手関節 <input type="checkbox"/> 右前腕骨 <input type="checkbox"/> 右手関節 <input type="checkbox"/> 左前腕骨 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 左手 <input type="checkbox"/> 右足 <input type="checkbox"/> 左足 <input type="checkbox"/> 右下腿骨 <input type="checkbox"/> 左下腿骨 <input type="checkbox"/> 右足関節 <input type="checkbox"/> 左足関節
--	--	--

追加の検査希望

<p>臨床診断・検査目的等 (大きくはっきりと記載願います)</p> <p style="text-align: center;">体重 () Kg</p> <p>読影希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <small>読影結果は日郵送致 至急読影 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし になります</small></p>	<p>★患者様に関する事前チェック表 (該当する方にチェック)</p> <table border="0"> <tr> <td>心臓ペースメーカー・人工弁</td> <td><input type="checkbox"/> あり</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td>人工内耳</td> <td><input type="checkbox"/> あり</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td>脳動脈クリップ・外科的クリップ</td> <td><input type="checkbox"/> あり</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td>整形外科的金属 (人工関節等)</td> <td><input type="checkbox"/> あり</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td>義歯 (マグネット式義歯) 義眼</td> <td><input type="checkbox"/> あり</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td>刺青 (タトゥー)</td> <td><input type="checkbox"/> あり</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td>ルスパンテーブ・ニュープロパッチ</td> <td><input type="checkbox"/> あり</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td>閉所恐怖症</td> <td><input type="checkbox"/> あり</td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> </tr> <tr> <td>長時間の静止の可否</td> <td><input type="checkbox"/> 可</td> <td><input type="checkbox"/> 否</td> </tr> <tr> <td>感染症 ()</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	心臓ペースメーカー・人工弁	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	人工内耳	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	脳動脈クリップ・外科的クリップ	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	整形外科的金属 (人工関節等)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	義歯 (マグネット式義歯) 義眼	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	刺青 (タトゥー)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	ルスパンテーブ・ニュープロパッチ	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	長時間の静止の可否	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 否	感染症 ()		
心臓ペースメーカー・人工弁	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし																													
人工内耳	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし																													
脳動脈クリップ・外科的クリップ	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし																													
整形外科的金属 (人工関節等)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし																													
義歯 (マグネット式義歯) 義眼	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし																													
刺青 (タトゥー)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし																													
ルスパンテーブ・ニュープロパッチ	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし																													
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし																													
長時間の静止の可否	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 否																													
感染症 ()																															

<p>検査終了報告 <small>※新潟病院記載欄</small></p>	<p>※上記にかかる検査を実施致しました。実施年月日： 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">NHO新潟病院地域医療連携相談室</p>
--	--

*画像CD-Rは当院での検査後、患者様にお渡し致します。(場合によっては後日貴院宛てに郵送致します)

*造影剤使用による撮影をご希望の場合は当院での診察が必要となります。受診手続きをしてください。