

診療情報提供書（兼MRI検査問診票）

2016.1.19改訂

患者氏名		性別	男性	女性
生年月日	年	月	日	年齢 () 歳

傷病名	
紹介目的	
症状	

MRI撮影部位 頭部 頭部+MRA VSRAD（50歳以上の脳萎縮判定）
 頸椎 胸椎 腰椎 腹部・その他（ ）

禁忌項目（該当する場合、検査不可） 該当にシ点をお願いします

<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー（MRI対応型であっても不可） <input type="checkbox"/> 体内埋め込み式生命維持装置（人工内耳、神経刺激装置、迷走神経刺激装置など） <input type="checkbox"/> 2000年以前に施行されたクリップやステント。心血管留置カテーテル <input type="checkbox"/> 妊娠されている方（胎児に対する安全性が確立されていないため）
--

上記、禁忌項目に該当しない

確認項目 該当にシ点をお願いします

<input type="checkbox"/> 医原性、外傷などで身体に金属が入っている （脳動脈クリップ、人工骨頭・関節、人工弁、ステント・コイル、義眼、避妊用金属リング、置き針、その他； ） <input type="checkbox"/> マグネットタイプの入れ歯がある <input type="checkbox"/> 刺青やアートメイクをしている コメント記入 （ ）

上記確認項目に該当しない

上記、禁忌・確認項目について患者側に確認し、MRI検査を受けることの同意を得ました。

平成 年 月 日 医療機関 _____
 依頼医 _____