

# CT・MRI検査と読影紹介依頼

年 月 日

(紹介先医療機関)

(紹介元医療機関)

諏訪中央病院

電話: 0266-72-1000(代表)

FAX: 0266-72-6930(地域連携)

医師氏名: 放射線科 佐野 美香先生

医師氏名:

受診日: 令和 年 月 日 科

|      |      |     |             |
|------|------|-----|-------------|
| 患者氏名 | 当院ID | 性別  | 生年月日(西暦)・年齢 |
|      |      | 男・女 | 年 月 日 ( 歳)  |

◆ MRI依頼時は下記の確認および患者説明の上、確認欄に  をお願いします

●MRI 禁忌事項

- ・電子機器の埋め込み(心臓ペースメーカー、神経刺激装置、人工内耳、インスリンポンプ など)
- ・MRI非対応の脳動脈瘤クリップ、頸動脈クランプ
- ・目などの決定臓器やその周辺に金属異物がある
- ・妊娠13週以内、または妊娠の可能性がある

●MRI 検査対応かの確認が必要な項目

- ・機械的人工弁 ・体内心外膜ペースワイヤー ・ステント(大動脈、胆管、冠動脈) ・静脈フィルター
- ・LPシャント、VPシャント ・整形外科手術による体内金属 ・2004年以前の胃の吻合手術
- ・1ヶ月以内の内視鏡止血クリップ手術またはマーキング
- ・磁石で装着するタイプの義歯 ・磁石式の人工肛門
- ・ニトロダムTTS、ニコチネルTTS、ノルspanテープなど金属を含む貼付薬がある
- ・刺青、タトゥー、永久アイラインが入っている ・その他の体内金属

紹介元確認欄

MRI 検査可能であることを確認し、患者に説明と同意を得ました。

1. 撮影部位

CT : 頭部 頸部 胸部 上腹部 骨盤部 その他( )

MRI : 頭部( MRA 有・無 ) ・ (VSRAD 有・無 )

頸部 頸椎 腰椎 その他( )

2. 検査目的・症状・病名(疑い含む) ※最大100文字程度で記載ください

3. 画像の提供(CDR)が必要な場合にのみ  をいれてください  要 CDR