

診療情報提供書 (兼MRI検査問診票)

かねこ脳神経外科リハビリクリニック 宛 TEL:072-764-5560 FAX:072-764-5205

フリガナ 患者氏名		住所： TEL：
性別	男性 ・ 女性	生年月日： 年 月 日（ ） 歳
	※身長：（ ） cm	※体重：（ ） kg ※記入必須
傷病名		
紹介目的		
症状		

MRI撮像部位 (※ 当院では造影検査は行いません)

- ☐ 頭部 (☐ 脳・☐ 脳+MRA) ☐ 頸部MRA
☐ 脊椎 (☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎)
☐ 関節 (☐ 左 ☐ 右) (☐ 肩 ☐ 肘 ☐ 手 ☐ 股 ☐ 膝 ☐ 足) ☐ その他
 ※ 腹部など他部位の撮像につきましては、事前にご相談ください

読影レポート ☐ 希望しない ☐ 希望する（後日郵送いたします）

画像CD-R ☐ 希望しない ☐ 希望する

禁忌項目 (該当する場合は検査はできません) 該当する場合はレ点をお願いします

- ☐ 閉所恐怖症
- ☐ 心臓ペースメーカー（MRI対応型でも不可）
- ☐ 体内埋め込み型生命維持装置（人工内耳・神経刺激装置・迷走神経刺激装置など）
- ☐ 2000年以前に施行された血管クリップやステントなど
- ☐ 妊娠されている方（胎児への安全性が未確立であるため）

☐ 上記、禁忌事項に該当しない

確認項目 該当する場合はレ点をお願いします

- ☐ 医原性、外傷などで体内に金属が入っている
（脳動脈クリップ、大腿骨人工骨頭、心臓人工弁、ステント、コイル、義眼、避妊用金属リング
留置針、その他【 】）
- ☐ 磁石式の入歯がある ☐ マグネットネイル・ジェルネイル（検査当日までに除去）
- ☐ 刺青やアートメイクをしている
- ☐ その他（ ）

☐ 上記、確認事項に該当しない

禁忌、確認項目について患者さんに確認し、MR検査を受けることの同意を得ました。

年 月 日 医療機関：

依賴医：