

MR I 検査依頼票

カナ 氏名	様	診療科(外来・入院)	指示医師
		検査年月日	検査時間
		術式 Plain・Enhance ()	体重 k g
		患者移動 歩行・車椅子・ベット・ストレッチャー	
		感染症(+・-) MRSA・HB・HCV・ワ氏・その他 ()	

頭部	脳	胸部	縦隔	骨盤	骨盤腔
	頭部MRA		心臓		前立腺
	下垂体		冠動脈		膀胱
	聴神経		胸部大動脈	脊椎	頸椎
	眼窩(右・左)		乳腺(右・左)		胸椎(中心)
	副鼻腔		肝臓(Gd・EOB)		腰椎
その他	MRCP	四肢	肩関節(右・左)		
頸部	頸部		脾臓	股関節(右・左)	
	頸部MRA		腎臓・副腎	膝関節(右・左)	
	唾液腺		腹部大動脈	上肢()	
	その他	腎動脈	下肢()		

検査目的・指示事項 (必ず記入をお願いします) 読影希望

撮影部位		
術式	単純	造影
電子画像管理加算	有	無
CD・DVD	枚	

造影剤	数量
ガドピスト	5m l
ガドピスト	7.5m l
マグネコップシリンジ	10m l
マグネコップシリンジ	15m l
ポーステル内用液10	250m l
EOB7°リビストシリンジ	10m l
リソピスト注	1.6m l

医療材料	数量
生食(20m l)	
生食(100m l)	
生食(250m l)	
担当技師	

放射線科 検査記録用紙

ID	
(ふりがな)	
名前	
生年月日	年 月 日 (歳)

検査日	年 月 日
<input type="checkbox"/> CT(E)	<input type="checkbox"/> DIP
<input type="checkbox"/> MRI(E)・(P)	<input type="checkbox"/> IVP
<input type="checkbox"/> RI	

身長	cm
体重	kg

患者情報 依頼施設で記入をお願いします

「造影剤検査の同意書」の署名あり(造影検査時のみチェック)

ラテックスアレルギー 無 有

その他のアレルギー
(酒精綿、絆創膏、
気管支喘息等) 無 有

内容	
----	--

禁止四肢 無 有

部位	
----	--

**造影剤
副作用歴** 使用歴無し
 無 有 ⇒

検査前処置の確認

<input type="radio"/> 無	※前処置無しで検査可能な場合
<input type="radio"/> 有	<前処置内容を記載> (検査前に吐気止め使用等)

経口糖尿病薬 無 有

絶食 無 有 ()から絶食

CT：冠動脈検査のみ

コアペータの使用 使用可 使用不可

ミオコルスプレーの使用 使用可 使用不可

MRI：すべての検査

体内金属
(インプラント) 無 有

MRI対応の確認
 全インプラントがMRI対応

外せる金属類
(入歯、補聴器等) 無 有

RI：脳DATシンチ、副腎皮質(アドステロール)シンチのみ

アルコール過敏症 無 有 ※飲酒に対し強い反応が出る場合は“有”にチェック

地域連携室：糖尿病薬の確認(CT造影時、前後2日間の休薬指示の実施)

検査時入力 当院放射線科で記入します

休薬の確認 ①検査前2日間の休薬実施の確認 済 ②検査後2日間の休薬予定の確認 済

**検査で使用する
留置針** 20G
 22G G

留置針の部位 右 左 部位

担当看護師サイン _____

検査前血圧 _____ / _____

検査前心拍数 _____

実施入力

投与前 ルート確認	発赤 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	腫脹 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	疼痛 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	逆流 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	滴下 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有
----------------------	--	--	--	--	--

冠動脈CT時 コアペータの使用 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	冠動脈CT時 血圧と心拍数	入室時	ミオコルス 投与後	検査 終了後
--	--------------------------	-----	--------------	-----------

検査終了後 <input type="radio"/> 変化なし <input type="radio"/> 変化あり	RI投与前後の 血圧 / 心拍数	RI投与前	RI投与後
--	-----------------------------	-------	-------

担当者サイン _____

検査時コメント 副作用以外で何かあれば記入 → _____

