



MRI検査依頼書(診療情報提供書)

紹介先医療機関名

NHO まつもと医療センター 放射線科

地域医療連携室

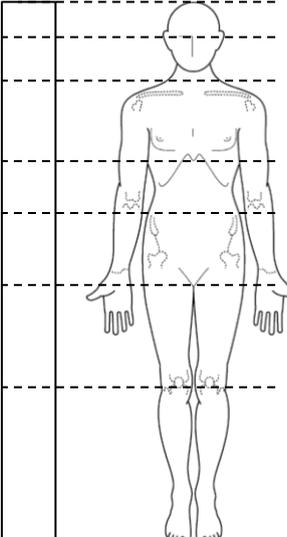
TEL:0263-86-2812

FAX:0263-86-2816

予約日の1～2日前までに本書のFAXをいただくと助かります。

(FAXは病名のみなど簡潔な内容でも差し支えありません。)

氏名: 様 男・女	紹介元医療機関名			
	生年月日 T・S H・R 年 月 日 才		貴科名	ご担当医師
住所:			科	医師
TEL:	検査予定日時:		年 月 日	時 分

検査部位		造影の有無
検査部位を図示してください。	検査部位に印☑をつけてください。(2か所以上付けないでください。) 具体的な目的部位がありましたら記入してください。	該当項目に印☑をつけてください。
	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 造影なし (単純 MRI)
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 造影有り (造影 MRI)
	<input type="checkbox"/> 椎体 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)	
	<input type="checkbox"/> 肩関節 (右・左)	
	<input type="checkbox"/> 上肢 (右・左) (上腕骨・肘関節・手関節・手部)	※造影有りの場合は腎機能 (クレアチニン)の値が必要です。 また、クレアチニン異常 値および禁忌事項に該当す る方の造影検査は控えさせ て頂きます。
	<input type="checkbox"/> 上腹部 ()	
	<input type="checkbox"/> 下腹部 ()	
	<input type="checkbox"/> 股関節 (右・左・両側)	
<input type="checkbox"/> 下肢 (右・左) (大腿骨・膝関節・下腿骨・足部)		
<input type="checkbox"/> その他 ()		

【検査目的の詳細 (病名・病歴・臨床症状等) および実施上の指示】

【造影 MRI 検査に必要な確認事項】 該当項目に ○ を付けてください。

◇ 腎機能障害: なし・あり・不明 クレアチニン値 ()・未検

◇ ぜんそく : なし・あり・不明

◇ アレルギー: なし・あり・不明 詳細 ()

◇ 感染症 : なし・あり・不明 詳細 ()

◇ 体重 : (kg) 造影剤量を決めるのに参照いたします。

◇ 「造影 MRI 検査説明書および同意書」をお読みいただくよう患者様にお伝えください。: 済・未