MRI 検査依頼書（診療情報提供書）

R8 年 1 月更新

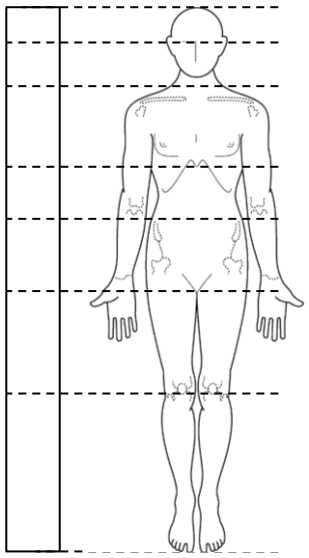
紹介先医療機関名	地域医療連携室
NHO まつもと医療センター 放射線科	TEL：0263-86-2812 FAX：0263-86-2816

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。

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

検査部位

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。

- ☐ 頭部
- ☐ 椎体（ 頚椎・胸椎・腰椎・仙椎・全脊椎 ）
- ☐ 肩関節（ 右 ・ 左 ）
- ☐ 上肢（ 右 ・ 左 ）
  （ 上腕骨 ・ 肘関節 ・ 手関節 ・ 手部 ）
- ☐ 股関節（右・左・両側）
- ☐ 下肢（ 右 ・ 左 ）
  （ 大腿骨・膝関節・下腿骨・足関節 足部 ）
- ☐ 腹部（ 肝臓・MRCP・膵臓・腎臓(右・左)
- ☐ 骨盤部（ 前立腺・子宮 卵巣）
- ☐ その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

造影の有無

該当項目に印☑をつけてください。

☐ 造影なし（単純 MRI）

☐ 造影有り（造影 MRI）

※造影有りの場合は腎機能(クレアチニン又は eGFR)の値が必要です。また、クレアチニン又は eGFR 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。

【病名】

【検査目的の詳細（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（＿＿＿＿）又は eGFR 値（　　）・ 未検

◇ ぜんそく　： なし ・ あり ・ 不明

◇ 造影剤アレルギー： なし ・ あり ・ 不明　詳細＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

◇ その他アレルギー： 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