# 三菱京都病院予約センター 行　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

ＦＡＸ：０７５-３８１-２１７３

ＭＲＩ検査予約申込書 兼 診療情報提供書

本紙は診療情報提供書を兼ねておりますので、原本を当日ご持参くださいますようお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 男・女 | 紹介元医療機関名　住所 | |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 歳 |
| 住所　〒　　　　－ | | | | ご担当医 | ㊞ |
| TEL | － |
| TEL | － | | | FAX | － |
| 病名 |  | | | 既往歴 |  |
| 経過等 |  | | | | |

**検査希望日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ 希望なし | 第１希望　　　　月　　　　日　（　　） | 第２希望　　　　月　　　　日（　　） |

**検査結果報告 ＊必要なものすべてにチェックをお願いいたします**

|  |  |
| --- | --- |
| **媒　　体 ►**　検査結果は、CD-R（またはDVD）になります。 | |
| **報告方法 ►**　□　後日郵送　□　患者手渡し | 検査後1-2時間程度お待ちいただきます。  （16時以降の予約の場合は不可） |
| □ 所見FAX ※ 原則、所見は翌日17時（土日祝日除く）までに完成します。 | |

**検査部位・指示等**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **撮影方法 ►**　□ 単純のみ　□ 造影のみ　□ 単純/造影両方 | | | | | | |
| **検査部位 ►（１回１カ所になります。複数箇所の場合は複数日かかります。）** | | | | | | |
| 頭部　►　□ MRIのみ　□ MRIとMRA | | | | | | 肩関節 　►　□ 右 　□ 左 |
| □ 胸部 □ 頸部 □ 骨盤 | | | | | | 手関節 　►　□ 右 　□ 左 |
| 腹部MRI　► □ 肝　　□ 胆　　□ 膵 | | | | | | 肘関節 　►　□ 右 　□ 左 |
| □ 腹部MRCP(造影なし) | | | | | | 足関節 　►　□ 右 　□ 左 |
| 脊椎　►　□ 頚椎 　 □ 胸椎 　 □ 腰椎 | | | | | | 股関節 　►　□ 右 　□ 左 |
| □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | 膝関節 　►　□ 右 　□ 左 |
| **確認項目（必須）► 禁忌事項がある場合は、検査が出来ない場合がありますことご了承ください** | | | | | | |
| ・ | | ペースメーカー | ► □ なし 　□ あり（原則不可） | | ※ありの場合、原則検査不可。  MRI対応かどうか実施元病院に確認ください。 | |
| ・ | | 除細動器 | ► □ なし 　□ あり（原則不可） | |
| ・ | | 動脈瘤クリップ | ► □ なし 　□ あり（原則不可） | |
| ・ | | ステントグラフト未挿入もしくは挿入後、2ヶ月以上経過している ► □ はい □ いいえ ＊2ヶ月未満は検査不可 | | | | |
| **造影時確認項目（必須）► 禁忌事項がある場合は、造影検査が出来ない場合がありますことご了承ください** | | | | | | |
| ・ | 透析 | | | ► □ なし 　□ あり | | |
| ・ | 急性腎不全 | | | ► □ なし 　□ あり | | |
| ・ | 喘息（過去5年以内の既往も含む） | | | ► □ なし 　□ あり（造影不可） | | |
| ・ | 造影アレルギー | | | ► □ なし 　□ あり アナフィラキシー歴（　　　　　　） | | |
| ・ | クレアチニン値（小児は除く）： mg/dL または eGFR値： mL/min | | | | | |

20210803