

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 患者氏名	性別	男・女	紹介元医療機関名 住所	
生年月日	年	月	日	歳
住所 〒	-		ご担当医 ⑩	
TEL	-		TEL	-
			FAX	-
病名			既往歴	
経過等				

検査希望日

<input type="checkbox"/> 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 ▶ <input type="checkbox"/> 後日郵送 <input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 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 ▶ <input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 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 ▶ <input type="checkbox"/> MRIのみ <input type="checkbox"/> MRIとMRA <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 骨盤 腹部MRI ▶ <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腹部MRCP(造影なし) 脊椎 ▶ <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他 ()	肩関節 ▶ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 手関節 ▶ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 肘関節 ▶ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 足関節 ▶ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 股関節 ▶ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 膝関節 ▶ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 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	
<ul style="list-style-type: none"> ・ ペースメーカー ▶ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (原則不可) ※ありの場合、原則検査不可。 ・ 除細動器 ▶ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (原則不可) MRI対応かどうか実施元病院に確認ください。 ・ 動脈瘤クリップ ▶ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (原則不可) ・ スtent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 ▶ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 透析 ▶ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・ 急性腎不全 ▶ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・ 喘息 (過去5年以内の既往も含む) ▶ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (造影不可) ・ 造影アレルギー ▶ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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 	