

診療情報提供書 MRI検査依頼書

受信者情報		紹介元医療機関様情報			申込日	年	月	日
フリガナ 氏名 様 男・女 M・T・S・H 年 月 日生 才		名称 診療科 主治医 電話 () -						
住所	(〒 -)							
電話番号	((- -) 日中連絡可能なところ							
ID	検査日時	年	月	日	午前 午後	時	分	
病歴・手術歴・臨床診断名		検査目的 <input type="checkbox"/> スクリーニング						
検査部位・指示		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 頭部MRI + VSRAD <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部 + MRCP <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 下肢MRA (非造影) </div> <div style="width: 35%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 肩関節 (R・L) <input type="checkbox"/> 肘関節 (R・L) <input type="checkbox"/> 手関節 (R・L) <input type="checkbox"/> 手 (R・L) <input type="checkbox"/> 股関節 (R・L) <input type="checkbox"/> 膝関節 (R・L) <input type="checkbox"/> 足関節 (R・L) <input type="checkbox"/> 足 (R・L) <input type="checkbox"/> その他 [] </div> <div style="width: 30%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> 【撮影方法・ターゲットについてのご指示など ございましたらこちらにご記入下さい】 </div> </div>						
撮像手技	造影時チェック (造影時必須)	患者状態						
<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影	<input type="checkbox"/> 喘息なし <input type="checkbox"/> 造影剤アレルギーなし <input type="checkbox"/> クレアチニン値 _____ mg/dl	<input type="checkbox"/> MRI禁忌医療器具 (ペースメーカー・除細動器等) なし <input type="checkbox"/> 妊娠なし (LN: / ~ 日間) ・体内金属: なし・あり (材質:) ・アレルギー: なし・あり (内容:) ・感染症: なし・あり (材質:)						
※造影時には、必ず全項目の記入をお願い致します。禁忌事項がございます場合、造影検査できない場合がありますのでご了承下さい。								
※画像返却方法にチェックをお願いします。(チェックがない場合はCD-Rにて返却になります) <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム								

〈 ご依頼担当医様へのお願い 〉

下記に該当するものを使用されている患者様は、検査できません。事前チェックをお願いします。

埋め込み型ペースメーカー・除細動器、頭部止血クリップ、脳動脈瘤コイル、心臓人工弁置換、可動式義眼、眼球内金属異物混入されている方、妊娠初期 (妊娠14週未満)、付属物 (点滴、IVH、ドレーンなど) がある方、ステント留置3ヶ月以内の方、体内金属留置後1ヶ月以内の方。
 造影使用検査: 気管支喘息の方、腎機能が低い方 (クレアチニン値 1.5mg/dl以上)、造影剤アレルギーのある方

啓卯会 村上記念病院

・代表 TEL 0848-22-3131 FAX 0848-23-3508
 ・検査専用 TEL 0848-22-8800