

# 診療情報提供書(MRI 検査依頼書)

記入年月日： 年 月 日

患者氏名	ふりがな： _____	御依頼 医療機関名： _____
	男 ・ 女	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生( 歳)	TEL： ( ) FAX： ( )
身長	cm 体重 Kg	

検査予定日： 月 日 曜日 午前・午後 時 分

必ずご記入ください。(出来るだけ詳細にお願い致します)

臨床診断： \_\_\_\_\_

検査目的・既往歴・治療の経過・その他： \_\_\_\_\_

検査部位 (1検査1部位でのオーダーをお願いします)

- |   |   |                                 |
|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭部(MRA含む) ( <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> 頸部 MRA <input type="checkbox"/> その他( ) )   | } | 腹部・骨盤腔は<br>鎮痙剤の確認               |
| <input type="checkbox"/> 脊髄 ( <input type="checkbox"/> 頸髄 <input type="checkbox"/> 胸髄 <input type="checkbox"/> 腰髄 <input type="checkbox"/> 胸腰髄 <input type="checkbox"/> その他( ) )  |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> 腹部 ( <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 胆道系 <input type="checkbox"/> その他( ) )  | } | }                               |
| <input type="checkbox"/> 骨盤腔 ( <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺・膀胱 <input type="checkbox"/> その他( ) )   |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> DWIBS(全身検索、転移等の精査) ※詳細は当院HP ご参照ください  |   | <input type="checkbox"/> ブスコパン  |
| <input type="checkbox"/> 頸胸部 ( <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 乳房(右・左) <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> その他( ) )   |   | <input type="checkbox"/> グルカゴン  |
| <input type="checkbox"/> 血管(動脈・静脈) ( <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他( ) )  |   | (↑ブスコパン不可の場合)                   |
| <input type="checkbox"/> 関節(右・左・両方) ( <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足 ) |   | <input type="checkbox"/> 鎮痙剤不使用 |
| <input type="checkbox"/> その他(上記以外具体的に)  |   |                                 |

造影剤の必要性：  なし  あり

※ありの場合、別紙造影検査承諾書の記入・説明  
血清クレアチニン値： ( )  
または eGFR : ( )

以下の項目に○、☑をつけて、ご依頼をお願い致します。

○検査前の確認事項(絶対禁忌事項：該当した場合 MRI 検査不可)

- |                                     |                                       |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 心臓ペースメーカー： なし・あり                    | 脳室腹腔内シャント： <sup>(可変式/バルブ)</sup> なし・あり |
| 埋め込み式除細動器： なし・あり                    | 人工内耳： なし・あり                           |
| 脳動脈瘤クリップ： なし・あり                     | 刺青(撮影部位付近)： なし・あり                     |
| 義眼・義歯 <sup>(マグネット着脱式)</sup> ： なし・あり | ※詳細な同意書は検査前にご記入いただきます。                |

画像：  CD1枚(無償)  CD1枚(無償) +(コピー分× 枚)(1枚2,200円(税込))

読影レポート(検査日翌日に発送)：  郵送  郵送+FAX