

診療情報提供書(MRI 検査依頼書)

送付用

メディカルシティ東部病院

[貴医療機関情報]

記載日: 20 年 月 日

画像診断センター

担当先生御机下

名称

診療科・主治医名

電話番号・FAX 番号

■患者基本情報

フリガナ	フリガナは必ず記載をお願いします。	生年月日	大・昭・平・令
氏名	男・女	年 月 日 生	
住所		電話番号	

検査予定日 20 年 月 日 時 分

■検査目的(出来るだけ詳細に)

■検査部位 希望の項目を一つだけ○で囲んでください。

頭部(脳 眼窩 下垂体 アルツハイマー診断)	頸部(耳下腺 顎下腺 甲状腺)
胸部 腹部(肝臓 腎臓 膵臓 MRCP)	骨盤部(直腸 前立腺 子宮 卵巣)
椎体(頸椎 胸椎 腰椎 胸腰椎移行部)	軟部腫瘍(部位)
上肢 肩関節 肘関節 手関節(右・左・両方)	その他()
下肢 股関節 膝関節 足関節(右・左・両方)	

■造影

有・無 (造影の場合は造影剤使用同意書への記載もお願いします。)

■患者診療情報

既往歴	現在の処方
ペースメーカー(有・無) 体重 Kg	
アレルギー	有・無
アレルギーの種類【飲み薬・注射・食べ物・その他()】	□品名 □症状
造影剤副作用	有・無
腎機能	検査日: 年 月 日 (クレアチニン: , eGFR:)
eGFR<30 の場合は原則造影不可となります。また、過去3カ月以内の血液データでない場合は、当院で血液検査を行い、その結果後検査となります。その際は、血液検査の結果が出るまでの約45分お待ちいただくことになります。ご了承ください。	

読影結果が分かり次第、速やかな FAX での報告を(希望する・希望しない)