**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

|  |
| --- |
| 名称診療科 ・ 主治医名電話番号・FAX番号 |

画像診断センター

担当先生御机下

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |

■**患者基本情報**

**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 ） | 軟部腫瘤（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

|  |  |
| --- | --- |
| 既往歴ペースメーカー（ 有 ・ 無 ）　　　体重　　　　　Kg | 現在の処方 |
| 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 ）