

診療情報提供書(MRI 検査依頼書)

送付用

海老原総合病院

[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 脾臓 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 | 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)