

# 診療情報提供書(MRI検査依頼書)

医療法人溪和会 江別病院  
送付先FAX番号 011-382-2050

申込日(FAX送信日):

溪和会 江別病院 医療連携室 行 TEL 011-382-1111

受診希望日 希望無し

第一希望日時	
第二希望日時	
別途希望があれば ご記入ください。	

紹介元
医療機関名
郵便番号
所在地
医師名
電話番号
FAX番号

患者状況  外来で待っている  すでに帰宅  入院中(退院予定: )

フリガナ		性別		生年月日		年齢	歳
患者氏名		男性		電話番号			

住所 〒

病名(主訴)

病状・治療経過、検査目的(読影医に提出いたします。)

<b>検査部位</b> 1 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部MRI + MRA 2 胸部 <input type="checkbox"/> 心臓造影MRI <input type="checkbox"/> 胸部MRI (単純) <input type="checkbox"/> 胸部MRI (単純+造影) 3 上腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部MRI/MRCP <input type="checkbox"/> 上腹部MRI (単純) <input type="checkbox"/> 上腹部MRI (単純+造影) 4 下腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部MRI (単純) <input type="checkbox"/> 下腹部MRI (単純+造影) 5 上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手 6 下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足 7 椎体 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 全脊椎 8 心血管 <input type="checkbox"/> 胸部大動脈 <input type="checkbox"/> 腹部大動脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 9 その他	CD-ROM <input type="checkbox"/> 検査当日持ち帰り <input type="checkbox"/> 後日レポートに添付
	読影レポート <input type="checkbox"/> 必要 (後日、郵送またはお届けいたします) <input type="checkbox"/> 不要
	来院方法 <input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
	その他特記事項(撮影条件など)

**MRIチェック項目(必ずご記入ください)**

ペースメーカー・除細動器・MRI非対応脳動脈瘤クリップが体内に入っていない

MRI検査が禁忌となる体内金属が入っていない

右記に該当しない: 閉所恐怖症、妊婦、身体への刺青、タワー、体内金属片

**造影剤チェック項目(造影依頼時のみご記入ください)**

※実施に際しては下記の3項目すべての確認が必要です。下記に1項目でもチェックがない場合、造影CT検査の依頼はお受けすることができません。

直近3ヶ月以内のeGFRが30ml/min以上である Cr  mg/dl eGFR  ml/mi 採血日

気管支喘息罹患中ではない(投薬治療中または3年以内に喘息発作がある方は造影検査はできません)

ガドリニウム造影剤に対して過敏症の既往歴がない

腹部MRCP検査の際は下記の通りに説明をお願いいたします。

- ・当日は水またはお茶とし、検査3時間前から内服以外の水分は取らないでください
- ・午前検査の方: 朝食は食べないでください。服薬中の内服薬は朝7時までに少量の水で内服してください。
- ・午後検査の方: 午前8時までに軽い食事を済ませ、昼食は食べないでください。服薬中の内服薬は昼12時までに少量の水で内服してください。