

診療情報提供書 兼 検査依頼書（MRI検査）

医療法人社団静和会 静和記念病院 検査担当者 宛 記載日 年 月 日

紹介元	医療機関名	電話番号
	所在地	FAX番号
	診療科	担当医

患者様情報	フリガナ	様	男・女	生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 ☐ 西暦 (歳)
	お名前				
	ご住所	〒	TEL () -		
	検査日	月 日 () 時 分 予約			
	身長	cm	体重	kg	
	移動	独歩・車椅子・ストレッチャー	体内金属	無・有 → 部位 () 種類 ()	
感染症	無・有 → 病名 ()	埋込型除細動器 (ICD、CRT-D)	無・有		

☐ 読影レポート不要の場合はチェックを入れてください
(読影レポート不要の場合は、結果CD-Rは患者様に直接お渡し致します)

検査内容	検査部位	※ 原則としてMRI検査は1部位1検査としてください。 ☐ 頭部 [脳MRI・脳MRA・頸MRA・VSRAD・その他] ☐ 頸部 [] ☐ 胸部 [] ☐ 乳腺 ☐ 肝臓 ☐ 胆嚢 ☐ 膵臓 ☐ MRCP ☐ 骨盤腔 [前立腺・子宮卵巣・直腸・その他] ☐ 脊椎 [頸椎・胸椎・腰椎・仙椎] ☐ 股関節 (Rt・Lt) ☐ 上肢 (Rt・Lt) [肩関節・肘関節・手関節・その他] ☐ 下肢 (Rt・Lt) [膝関節・足関節・その他]	
	造影の有無	☐ 単 純 ☐ 造 影 妊 娠 無・有 → ※ 原則MRI検査は行いません 喘 息 無・有 → 症状 () 過去3ヶ月以内の腎機能 採血日 月 日 ☐ 静和記念病院で採血 血清クレアチニン値 [mg/dL] () もしくは eGFR を記入 ☐ eGFR [mL/分/1.73m2] () → 44 以下は検査不可	

診断名・検査目的	※ 要読影レポートの場合は、必ずご記入ください。