

# 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		担当医	
	診療科			

患者様情報	フリガナ			男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦	年 月 日 ( 歳)	
	お名前	様						
	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			

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。 <input type="checkbox"/> 頭部 [ 脳MRI・脳MRA・頸MRA・VSRAD・その他 ] <input type="checkbox"/> 頸部 [ ] <input type="checkbox"/> 胸部 [ ] <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤腔 [ 前立腺・子宮卵巣・直腸・その他 ] <input type="checkbox"/> 脊椎 [ 頸椎・胸椎・腰椎・仙椎 ] <input type="checkbox"/> 股関節 (Rt・Lt) <input type="checkbox"/> 上肢 (Rt・Lt) [ 肩関節・肘関節・手関節・その他 ] <input type="checkbox"/> 下肢 (Rt・Lt) [ 膝関節・足関節・その他 ]					
	造影の有無	<input type="checkbox"/> 単 純 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 静和記念病院で採血 <input type="checkbox"/> 血清クレアチニン値 [mg/dL] ( ) 血清クレアチニン値 もしくは eGFR を記入 <input type="checkbox"/> eGFR [mL/分/1.73m <sup>2</sup> ] ( ) → 44 以下は検査不可			

診断名・経過・検査目的	※ 読影上必要となりますので、必ずご記入ください。								