

# MRI検査FAX申込書 ・ 診療情報提供書

小林市立病院 読影担当医 宛

※原本は当日ご持参下さい。

フリガナ			御依頼医師名		
患者氏名					
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	依頼元 医療機関名
年齢・性別	歳	男・女			
希望日時	第1希望	年	月	日 ( )	TEL
	第2希望	年	月	日 ( )	FAX
	<input type="checkbox"/> 希望なし				御担当者氏名

**【検査部位】** (○で囲んで下さい。)

◎ 単純 ・ 造影

頭部 ・ 顔面 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 脊椎 ( 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 仙尾骨 ・ 胸腰椎移行部 )

腹部 ( 肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 腎 ) 乳腺 ( 右 ・ 左 ・ 両 ) ・ MRA ( )

骨盤腔 ( 産婦人科 ・ 泌尿器科 ・ 整形外科 )

( ) 関節 { 右 ・ 左 } その他 ( )

**【チェックリスト】** (該当項目があれば○で囲んでください)

ペースメーカー ・ 人工弁 ・ 人工内耳 ・ 動脈瘤クリップ ・ 外科的クリップ ・ 整形外科的金属類

義眼 ・ インプラント ・ 義歯 ・ 妊娠中または妊娠の可能性 ・ 心疾患 ・ 肝障害 ・ 喘息

体内金属 ( )

その他の危険因子 ( )

**【検査目的・疾患名(疑い)・現病歴・既往歴 等】**

**【検査方法】**(具体的な撮影指示等ございましたら、詳しくお書きください。 MRCP MRA 等)

**【造影剤アレルギー】** 有 ・ 無

**【腎機能障害】** 有 ( Cr mg/dl ) ・ 無

**【感染症】** 有 ( ) ・ 無