

## MRI 検査申込書

地域医療連携室直通 FAX:052-680-9970 TEL:052-680-8999

令和 年 月 日

紹介元	
医療機関名	( )
電話番号:	FAX
紹介医師名	

下記の患者さんのMRI 検査を依頼します。

フリガナ	(男・女)	生年月日: T/S/H	年	月	日
患者氏名	様	電話番号:	-	-	(連絡のとれる番号)
リハビリテーション病院 受診歴 なし・あり (ID 番号 )					
検査希望日 第1希望:		月	日	( )	AM・PM ( : )
第2希望:		月	日	( )	AM・PM ( : )
◎予約日の日程調整は、リハビリテーション病院が <input type="checkbox"/> 患者さんを行う <input type="checkbox"/> 医療機関を行う					
連絡事項	(具体的な目標部位等をご記載ください) ※診療情報提供書が別途必要です。検査当日にご持参ください。				

以下の項目に☑をつけ、ご記入をお願いいたします。

検査希望部位					
<input type="checkbox"/> 頭+MRA	<input type="checkbox"/> 頭+VSRAD	<input type="checkbox"/> 頸	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎
<input type="checkbox"/> 四肢(右 / 左、部位: )		<input type="checkbox"/> その他( )			
撮影手法 <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 単純+造影					
・心臓ペースメーカーを植え込んでいる。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
・体内金属(器具)を留置している。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (部位:	種類:	)	
・貼付物(治療薬)を張っている。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (部位:	種類:	)	
・女性のみ: 妊娠中または妊娠の可能性がある。		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
<input type="checkbox"/> 検査当日持参の別紙「MRI 検査説明書・問診票」を説明し渡しました。					
造影 MRI をご希望の場合、以下もご記入をお願いいたします。					
・クレアチニン値	mg/dl	eGFR	ml/min/1.73m <sup>3</sup>		
(採血日		年	月	日)	
・MRI 造影剤アレルギー	無	・ 有	・ 不明		
・他のアレルギー	無	・ 有			
・喘息・腎機能不全	無	・ 有			
<input type="checkbox"/> 造影 MRI の必要性及び危険性について説明を行い、同意書を取得しました。 ※造影検査同意書は検査当日ご持参ください。					

※体内金属および貼付物、器具の種類により検査を中止させていただく場合があります。

検査結果は、後日レポートを同封し紹介元の先生へ郵送します。

検査や結果をお急ぎの場合はご相談ください。 以上、ご記入ありがとうございました。