MRI検査依頼書・診療情報提供書

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介元医療機関名・医師名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TEL |  | FAX |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検　査予定日 | 　　　　　　 年　　 月　　 日（　　） | 検査開始予定時間 | 午前 ・ 午後　　　　　時　 分 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  ふ り が な |  | 　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日生 | ○男○女 |
| 患 者 様 氏 名 |  | 様 |
| 住 所 ・ T E L | （〒　　　−　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL（　　　）　　　− |
| 検 査 部 位 | ○頭部　　○頸部　　○胸部　　○腹部　　○脊椎（ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ）○骨盤部　　○四肢　　○その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 検 査 方 法 | ○単純　○造影（血清クレアチニン値　　　　　mg/dl　）（eGFR値　　　　mL/分/1.73㎡）○MRA |
| 造影検査を依頼の場合、可能であれば血清クレアチニン値又はeGFR値の記入をお願いいたします。 |
| 患 者 様 情 報（傷病名・既往歴・症状経過・治療経過） |  |
| 検査に関連する要望事項 |  |
| 注意事項 ○心臓ペースメーカー、　○人工内耳、　○手術（動脈瘤クリップなど）　（部位：　　　　　 　 　）　○体内、体表金属類　（部位：　　　　 　）、 ○入れ墨、　アートメイク○人工関節、骨折接合金属（部位：　　　 　 　）、　○妊娠初期、　○閉所恐怖症 |
| 希 望 媒 体 | 　　　　　　フィルム　　　　　　　 ・　　　　CD-ROM　DVD-ROM |
| 読 影 | 必 要　　　　　　 　 ・　　　　 　不 要 |
|  | 名古屋市千種区千代田橋1-1-1国家公務員共済組合連合会　東海病院　　　TEL：０５２－７１１－６１３１（代表） |