

MRI検査申込書(兼診療情報提供書)

※ 診療情報提供書は不要です。

(申込先) 函館五稜郭病院 放射線診断科

TEL 0138-51-5699 (連携室直通) FAX 0120-515-699

医療機関名

医師名

先生

TEL

()

FAX

()

フリガナ												
患者氏名					様(男・女)							
生年月日	T	・	S	・	H	・	R	年	月	日	()	歳
希望検査日	第1希望	年	月	日	午前・午後	第2希望	年	月	日	午前・午後		

■ 病歴・検査目的	■ 検査種類 (○をお付けください)	
	a. 単純 b. 単純+造影 (■造影剤チェック項目記入必須) c. 造影 (■造影剤チェック項目記入必須) ※ 造影依頼時は、事前にクレアチニンのチェックを行ってください。	
	■ 体内金属(必須)	有 ・ 無 上記有の場合、その種類
■ 検査部位 (○をお付けください)	■ 造影剤チェック項目 (造影依頼時のみご記入ください)	
1. 頭部	造影剤副作用歴	有 ・ 無
2. 頸部	喘息アレルギー	有 ・ 無
3. 胸部 (1.肺 2.縦隔 3.大血管 4.乳房 5.その他)	透析有無	有 ・ 無
4. 腹部 (1.胆・肝・膵・脾・腎・副腎 2.腹部大動脈 3.MRCP) 4.その他	クレアチニンの値	
5. 骨盤 (1.子宮 2.卵巣 3.膀胱 4.前立腺 5.その他)	妊娠	+ ・ -
6. 脊椎・脊髄 (1.頸 2.胸 3.腰 4.仙 5.その他)		
7. 骨・関節 (1.肩関節 2.肘関節 3.手関節 4.膝関節 5.股関節) 6.その他		
8. その他 ()		
■ 診療および検査予約について		
※ 心臓ペースメーカー、材質不明 脳動脈クリップ等は禁忌です。 ※ 患者さんの来院日時につきましては、ご予約時にお知らせ致します。 ※ 検査当日は、正面玄関を入り右手の紹介患者窓口へお越しください。 ※ 造影検査は午後のみです。 ※ 造影検査当日の食事は、軽食、水分摂取は可能です。 ※ 単純検査に関しては、飲食制限はありません。 但し、腹部-MRCPの場合のみ、検査前は絶飲食(午前検査の場合は朝食抜き、午後検査の場合は昼食抜きの絶飲食)でお願いします。		