

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 0120-515-698

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) 1. 頭部 2. 頸部 3. 胸部 (1.肺 2.縦隔 3.大血管 4.乳房 5.その他) 4. 腹部 (1.胆・肝・膵・脾・腎・副腎 2.腹部大動脈 3.MRCP) 4.その他 5. 骨盤 (1.子宮 2.卵巣 3.膀胱 4.前立腺 5.その他) 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 ()	■ 造影剤チェック項目 (造影依頼時のみご記入ください) 造影剤副作用歴 有 ・ 無 喘息アレルギー 有 ・ 無 透析有無 有 ・ 無 クレアチニンの値 妊娠 + ・ -	
--	---	--

■ 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。