

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・IVR科

(前方連携直通) TEL 0138-51-5699 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	
				体内金属が「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、検査データは3ヶ月内の値)			
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・脾・腎・副腎 2. 腹部大動脈 3. MRCP 4. その他		クレアチニンの値		検査年月日 / /	
5. 骨盤		1. 子宮 2. 卵巣 3. 膀胱 4. 前立腺 5. その他		eGFRの値		検査年月日 / /	
6. 脊椎・脊髄		1. 頸 2. 胸 3. 腰 4. 仙 5. その他		妊娠		+ ・ -	
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)をお願いします。							