

# 診療情報提供書（MRI検査依頼書）

医療法人社団善仁会 小山記念病院

依頼元医療機関名

担当 先生御侍史

依頼医師名

予約日時 年 月 日 ( 曜日) 午前 ・ 午後 時 分

フリガナ：			
患者氏名：	様（男・女）	生年月日：	年 月 日
住所：	電話番号：		

傷病名

検査目的（できるだけ詳細に記入してください）

既往歴

現在の処方及び詳細指示

## 検査依頼

MRI検査 ☐ 単純のみ ☐ 単純＋造影

・造影検査は、造影剤使用検査問診票を記載ください。また、腎機能(血清クレアチニン値)を含む  
3ヶ月以内の血液データを添付してください。尚、透析中、eGFRが30以下は造影検査不可となります。

頭部	<input type="checkbox"/> 脳（MRA含む）	<input type="checkbox"/> 脳（MRA不要）		
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 全脊椎
頸部	<input type="checkbox"/> 頸部			
胸部	<input type="checkbox"/> 乳房	<input type="checkbox"/> 縦隔		
腹部	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 脾臓	<input type="checkbox"/> 腎臓
骨盤	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 股関節
四肢	<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 肘関節	<input type="checkbox"/> 手関節	<input type="checkbox"/> 手指
(みぎ・ひだり)	<input type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> 足関節	<input type="checkbox"/> 足趾	
大血管（非造影）	<input type="checkbox"/> 胸部MRA	<input type="checkbox"/> 腹部MRA	<input type="checkbox"/> 腎動脈MRA	<input type="checkbox"/> 下肢血管MRA
骨・軟部腫瘍	<input type="checkbox"/> 部位（ ）			
その他の部位	<input type="checkbox"/> 部位（ ）			

\* 必要であればシェーマを活用ください



## 【検査を安全に施行するため必ずご確認ください】

<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	無 ・ 有（検査不可）	<input type="checkbox"/> 植込み型除細動器（ICD）	無 ・ 有（検査不可）
<input type="checkbox"/> 人工内耳	無 ・ 有（検査不可）	<input type="checkbox"/> 義手・義足・義眼等	無 ・ 有
<input type="checkbox"/> 体内金属・電子機器	無 ・ 有		

MRI対応の材質が挿入した施設に確認してください。（種類： 時期： ）

\* 右記をご確認いただき、チェックをお願いします ☐ 妊娠の可能性がない ☐ 授乳中ではない

画像データのお渡しはCD-Rとさせていただきます。データの閲覧が困難な場合は画像検査科にお問い合わせください。

☐ 読影レポート不要（不要の場合のみチェックしてください）