診療情報提供書　　MRI検査依頼書

TEL：075-371-7755
にしはらクリニック　西原院長　宛　　FAX：075-371-7765

紹介元医療機関名：

診療科・医師名：　　お電話番号（　　）　　-

患者様情報

貴院 ID：

フリガナ	生年月日
氏　　名	大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）　男　・　女
すぐ連絡の取れる電話　　ー　　ー	備考

検査部位　※関節部位など左右両側の場合は片方ずつ２枠で撮影します。

□造影あり

□頭部MRI＋頭部MRA
□頭部MRI＋頭部・頚部MRA
□頭部MRI（下垂体・内耳・眼窩・その他　　）

□頚椎
□胸椎
□腰椎

□頚部（部位　　）
□胸部（乳房[造影も必ず行います]・その他　　）
□腹部（肝・胆・膵・腎・MRCP・その他　　）
□骨盤部（女性骨盤・前立腺・その他　　）

□肩関節　（みぎ・ひだり）
□肘関節　（みぎ・ひだり）
□手関節　（みぎ・ひだり）
□股関節　（みぎ・ひだり）
□膝関節　（みぎ・ひだり）
□足関節　（みぎ・ひだり）
□その他部位（具体的に記入を）

□MRA　（胸部血管・腹部血管・下肢[膝まで]　）

臨床診断・経過・手術歴

患者状態を確認してください

□MRI禁忌医療器具なし（ペースメーカー・除細動器などMRI対応が明らかでない場合は検査できません）
□体内金属（　なし　・　あり：素材　　部位　　）
□現在妊娠していない（基本的には12週まではMRI検査は避けてください）　□喘息なし

造影検査の場合は確認してください

□造影剤アレルギーなし　　注）ありの場合は検査できません
□クレアチニン値（　　mg/dl）又は e-GFR値（　　ml/min）注）eGFR 30ml以下は検査できません
□感染症（　なし　・　あり：内容　　）

画像・レポート返送方法	□検査当日患者様お持ち帰り（検査後１時間後にお渡しできます） □郵送（CDとレポート）　　□画像のみ（レポート不要）