

診療情報提供書(MRI依頼用)

年 月 日

台東区立台東病院

TEL 03-3876-1007

FAX 03-3876-1485

事前に当院へ
FAX頂きますよう
お願い致します

紹介元医療機関名

所在地

医師名

TEL

FAX

- -

- -

検査日 月 日() 時 分

フリガナ 台東区立台東病院 受診歴 有 無 不詳

患者氏名 男 M T 年 月 日生(歳)
女 S H

住 所 TEL - -

病 名 (主訴) 薬剤アレルギー 有 無
閉所恐怖症 有 無

造影検査の有無を✓してください。
単純のみ 造影のみ 単純+造影
 クレアチニン値: mg/dl 年 月実施
 GFR値: ml/min/1.73m² 年 月実施
 ◆禁忌症例チェックリスト
 造影剤アレルギーの既往 有 無
 ◆慎重投与症例チェックリスト
 重篤な腎障害 有 無 気管支喘息 有 無
 *造影剤使用の場合、右欄をご記入ください。

希望検査部位を✓印でチェックしてください。部位については詳細をご記入ください。

頭 部 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> アルツハイマー(VSRAD)	胸 部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 縦隔	腹 部 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> MRCP(検査前絶飲食) <input type="checkbox"/> 腹部MRA	骨盤腔 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺	脊 椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎	四 肢 <input type="checkbox"/> 肩 関 節 (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 肘 関 節 (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 手 関 節 (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 手 指 関 節 (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 股 関 節 (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 膝 関 節 (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 足 関 節 (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 下肢血管MRA (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左)
頸 部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部MRA	その他 {				

【当院では撮影不可のもの】

- ペースメーカー、植込型除細動器
- 脳動脈クリップ(チタン以外)
- 弾丸・鉄片
- 可変式脳圧シャントバルブ
- 深部脳刺激装置(DBS)
- 体内人工装置(体内神経刺激装置)
- 体内人工装置(骨成長刺激装置)
- 体内人工装置(体内自動除細動器)
- 妊娠または妊娠の可能性のある方

【素材確認後、場合により撮影不可】

- 人工内耳・中耳(MRI対応以外の素材)
- 刺青(染料の一部に金属を含むもの)
- 義眼・インプラント(磁石式のもの)
- 避妊リング(銅などの金属を含むもの)
- 人工骨頭・関節・プレート(MRI対応以外の素材)
- 人工肛門(磁石式のもの)
- 体内埋込式医薬品注入器(着脱不可なもの)
- 置き針、永久針

ご希望のデータ媒体を✓印でチェックしてください。 フィルム CD-R

【依頼時の確認事項】
 ○造影検査においては「MRI検査説明用紙」をお読みいただいた上で、ご依頼ください。
 ○造影検査において当院にて採血させていただく場合があります。
 ○施行にあたっては当院で判断させていただきます。

原則的にはデータ媒体は、一部の検査を除き当日患者様にお渡しとなります。
 読影レポートは先にFAXさせていただき、2日以内に原本を郵送させていただきます。
 ただし、土日や祝日ははさむ場合などは翌週になる場合がございます。ご了承ください。