

◆ MRI 撮影用 ◆

吹田徳洲会病院 MRI撮影申込書 兼 診療情報提供書 (医療機関専用)

医療・介護連携室(直) FAX 06-6878-5222 TEL 06-6878-5221

※FAX予約受付時間《平日 月～金 8:30～19:00、土 8:30～12:30》

紹介元医療機関 所在地 〒

医療機関名 医師名 先生

TEL FAX 送信者

[患者様データ]

氏 名	フリガナ	男	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
			住 所	〒 -
ADL	(☐ 独歩 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー)	女	電話番号	
受診歴	有(ID)・無・不明			

傷病名 検査目的	記入、又は診療情報提供書の添付をお願いいたします。
-------------	---------------------------

*MRIの同一検査、複数部位の撮影は日程(用紙)を分けて予約をしてください。ご協力をお願いいたします。

撮影方法 ☐ 単純 ☐ 単純＋造影	☐ CD-Rは撮影後患者様へ手渡しをお願いします ※原則、撮影翌日所見原本と郵送いたします
撮影部位 (1ヶ所に☑して下さい)	《下記問診についてチェックしてください。》
頭部 ☐ 頭部 I + A ☐ 頭部 I + A + 頸部MRA ☐ VSRAD ☐ 下垂体 ☐ 頭部 (内耳・眼窩・その他)	◎心臓ペースメーカー 無・有 (撮影不可) ◎人工内耳 無・有 (撮影不可) ◎脳動脈クリップ・心臓人工弁 無・有 (種類確認) 材質: ○体内金属(人工関節・コイル類・ステント類等) 無・有 (種類確認) 材質: ○義歯 無・有 (磁石式撮影不可) 材質: ○インプラント 無・有 (材質確認) 材質: ○義足・義手・義眼 無・有 ○コンタクトレンズ・カラーコンタクト 無・有 (取り外し要) ○入れ墨 無・有 (火傷の可能性) ○化粧用品 無・有 (落として下さい) ◎妊娠 無・有 (撮影不可) ○閉所恐怖症 無・有
頭頸部 ☐ 頸部 ☐ 副鼻腔 ☐ 顎関節 ☐ 唾液腺	★検査施行 ☐ 可 ☐ 不可
胸部 ☐ 縦隔 (縦隔外・縦隔内・肋骨・胸骨・他) ☐ 乳腺 ☐ 心臓	★医師署名(必須) _____
腹部 ☐ MRCP ☐ 肝臓 ☐ 腎臓 ☐ 腹部(その他)	★本人または代理人署名 _____
骨盤 ☐ 子宮卵巣 ☐ 前立腺 ☐ 膀胱 ☐ 骨盤(その他)	
脊椎 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 仙尾骨 ☐ 全脊椎矢状断	
上肢 (下記も) ☐ 肩 ☐ 上腕 ☐ 肘 ☐ 前腕 ☐ 手関節 ☐ 手部 (手根骨・指)	
下肢 (下記も) ☐ 股関節 ☐ 大腿 ☐ 膝 ☐ 下腿 ☐ 足関節 ☐ 足部 ☐ 下肢MRA ☐ 下肢MRV	
上肢・下肢 (丸印) ⇒ 左・右	
その他 ☐ ()	

☐造影 (申し込み時には下記の項目へご記入をお願いいたします。) ・過去に造影検査を受けたことがある ☐ 無 ☐ 有 ・身長_____cm 体重_____kg ※過去に副作用があった方は検査内容と症状確認要 ・気管支喘息(過去5年以内の既往も含む) ☐ 無 ☐ 有※造影不可 ・ヨードアレルギー ☐ 無 ☐ 有※造影不可 ・その他のアレルギー ☐ 無 ☐ 有 ・腎機能 eGFR() Cr() BUN() 検査日: _____年 _____月 _____日 ・感染症 HCV抗体(+・-・未) HBs(+・-・未) TPHA(+・-・未)

予 約 希望日	① _____月 _____日 (AM・PM)	② _____月 _____日 (AM・PM)
	③ _____月 _____日 (AM・PM)	④ 希望なし(依頼日から2W・3W・1ヶ月以内)
	ご都合の悪い日: _____月 _____日	