|  |
| --- |
| 【主治医氏名】 |
|  |

患者紹介用　秋田厚生医療センター　FAX : 018 – 857 – 2324

【紹介元医療機関名】

MRI 検査申込書・診療情報提供書

【フリガナ】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 男・ 女 | 【生年月日】 | 【体重】 |
|  | | |
| 【検査部位】 | ① 頭頸部 | ☐ 脳　 ☐ 脳＋MRA　 ☐ 下垂体　 ☐ 内耳道　 ☐ 眼窩部　 ☐ 副鼻腔  ( ) 科  当院 ID | | | | |
| ☐ 頚部　 ☐ 頚部MRA　 ☐ 頭頚部皮下腫瘍　 ☐ 唾液腺  ( ) 科  当院 ID  頭頸部  ☐脳　☐脳＋MRA　☐下垂体　☐内耳道　☐眼窩部　☐副鼻腔  ( ) 科  当院 ID  頭頸部  ☐脳　☐脳＋MRA　☐下垂体　☐内耳道　☐眼窩部　☐副鼻腔  ( ) 科  当院 ID  頭頸部  ☐脳　☐脳＋MRA　☐下垂体　☐内耳道　☐眼窩部　☐副鼻腔  ( ) 科  当院 ID  頭頸部  ☐脳　☐脳＋MRA　☐下垂体　☐内耳道　☐眼窩部　☐副鼻腔  ( ) 科  当院 ID  頭頸部  ☐脳　☐脳＋MRA　☐下垂体　☐内耳道　☐眼窩部　☐副鼻腔  ( ) 科  当院 ID  頭頸部  ☐脳　☐脳＋MRA　☐下垂体　☐内耳道　☐眼窩部　☐副鼻腔  ( ) 科  当院 ID  頭頸部  ☐脳　☐脳＋MRA　☐下垂体　☐内耳道　☐眼窩部　☐副鼻腔  ( ) 科  当院 ID  頭頸部  ☐脳　☐脳＋MRA　☐下垂体　☐内耳道　☐眼窩部　☐副鼻腔  ( ) 科  当院 ID | | | |  | |
| ② 胸部 | ☐ 胸部　 ☐ 胸郭部皮下腫瘍　 ☐ 乳房  ( ) 科  当院 ID  頭頸部  ☐脳　☐脳＋MRA　☐下垂体　☐内耳道　☐眼窩部　☐副鼻腔  ( ) 科  当院 ID  頭頸部  ☐脳　☐脳＋MRA　☐下垂体　☐内耳道　☐眼窩部　☐副鼻腔  ( ) 科  当院 ID  頭頸部  ☐脳　☐脳＋MRA　☐下垂体　☐内耳道　☐眼窩部　☐副鼻腔  ( ) 科  当院 ID  頭頸部  ☐脳　☐脳＋MRA　☐下垂体　☐内耳道　☐眼窩部　☐副鼻腔  ( ) 科  当院 ID  頭頸部  ☐脳　☐脳＋MRA　☐下垂体　☐内耳道　☐眼窩部　☐副鼻腔  ( ) 科  当院 ID  頭頸部  ☐脳　☐脳＋MRA　☐下垂体　☐内耳道　☐眼窩部　☐副鼻腔  ( ) 科  当院 ID  頭頸部  ☐脳　☐脳＋MRA　☐下垂体　☐内耳道　☐眼窩部　☐副鼻腔  ( ) 科  当院 ID  頭頸部  ☐脳　☐脳＋MRA　☐下垂体　☐内耳道　☐眼窩部　☐副鼻腔  ( ) 科  当院 ID | | | |  | |
| ③ 腹部 | ☐ 腹部（肝・胆・膵） 　☐ 腹部＋MRCP 　☐ 腎・副腎　 ☐ 体幹部皮下腫瘍 | | | | |
| ④ 骨盤 | ☐ 骨盤部　 ☐ 骨盤部（婦人科）　 ☐ 前立腺　 ☐ 骨盤部皮下腫瘍 | | | | |
| ⑤ 椎体 | ☐ 頚椎　 ☐ 胸椎　 ☐ 腰椎　 ☐ 仙椎 | | | | |
| ⑥ 上肢 | 【☐ 右・☐ ひだり】 ☐ 肩関節　 ☐ 上腕部　 ☐ 肘関節　 ☐ 前腕部　 ☐ 手関節  ☐ 手根骨・指部　 ☐ 上肢部皮下腫瘍 | | | | |
| ⑦ 下肢 | 【☐ 右・☐ ひだり】 ☐ 股関節　 ☐ 大腿部　 ☐ 膝関節　 ☐ 下腿部　 ☐ 足関節  ☐ 足根骨・指部　 ☐ 下肢部皮下腫瘍 | | | | |
| ⑧ その他 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 【撮影方法】  ☐ 単純のみ  ☐ 単純＋造影 | | 【造影時チェック項目】禁忌事項がある場合、造影検査はできませんのでご了承ください。  **３ヶ月以内**の**eGFR**か**クレアチニン値**の結果をご提供ください。  通常の造影は環状型造影剤ガドビスト、肝臓の造影は肝細胞特異性造影剤プリモビストを使用します。  喘息 　　 ： ☐ 無　☐ 有  アレルギー ： ☐ 無　☐ 有（内容：　　　　　　　　　　）  感染症　　 ： ☐ 無　☐ 有（内容：　　　　　　　　　　）  **eGFR** 　 ml/min ・ **クレアチニン値**　　　 　mg/dl (採血日　 　/　 　) | | | | |
| 【体内金属】  ☐ 無　☐ 有（内容：　　 　　　　　　　　） 　　　　　　　☐ MRI対応である  ☐ MRI禁忌の医療機器が無いこと（心臓ペースメーカー・体内自動除細動器・骨成長刺激装置  ・体内神経刺激装置・人工内耳・MRI非対応頭蓋内動脈クリップ等） | | | | | | |
| 【依頼病名】 | | | | | | |
| 【検査目的・臨床経過・希望事項】 | | | | | | |
| 病院使用欄  検査日　　　　　　　　西暦　　　　　年　　　　月　　　　日　　AM・PM　　　：  患者ID番号 | | | | | | |
|  | |

西暦　 　 　 年　 　 月　 　日生

歳

【患者氏名】

Kg

* **eGFR30以下**

**造影禁忌**

**持続血糖測定器(リブレ)** 　　 　☐ 無　 ☐ 有