


【紹介元医療機関名】
【主治医氏名】

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】
【患者氏名】			西暦 年 月 日生 歳	Kg
【検査部位】	① 頭頸部	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 脳+MRA <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 内耳道 <input type="checkbox"/> 眼窩部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部 MRA <input type="checkbox"/> 頭頸部皮下腫瘍 <input type="checkbox"/> 唾液腺		
	② 胸部	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸郭部皮下腫瘍 <input type="checkbox"/> 乳房		
	③ 腹部	<input type="checkbox"/> 腹部 (肝・胆・膵) <input type="checkbox"/> 腹部+MRCP <input type="checkbox"/> 腎・副腎 <input type="checkbox"/> 体幹部皮下腫瘍		
	④ 骨盤	<input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 (婦人科) <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 骨盤部皮下腫瘍		
	⑤ 椎体	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎		
	⑥ 上肢	【 <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> ひだり】 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 上腕部 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 前腕部 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手根骨・指部 <input type="checkbox"/> 上肢部皮下腫瘍		
	⑦ 下肢	【 <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> ひだり】 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿部 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 下腿部 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足根骨・指部 <input type="checkbox"/> 下肢部皮下腫瘍		
	⑧ その他	()		
【撮影方法】	【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ピスト、肝臓の造影は肝細胞特異性造影剤プリモピストを使用します。			
<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影 ※ eGFR30 以下 造影禁忌	喘息 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 アレルギー : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:) 感染症 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:) eGFR _____ ml/min ・ クレアチニン値 _____ mg/dl (採血日 ____ / ____)			
【体内金属】	持続血糖測定器(リブレ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:)  <input type="checkbox"/> MRI 対応である <input type="checkbox"/> 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				