

MRI検査依頼書 《診療情報提供書》

医療法人昭陽会 和歌山南放射線科クリニック
和歌山画像診断センター 担当医 殿

平成 年 月 日

下記の患者様を紹介します。

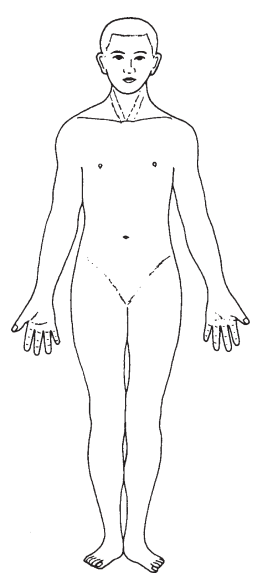
医療機関の所在地及び名称 _____

科・医師名 _____

電話番号 _____

来院予定日時	平成 年 月 日	午前 午後	時 分
ふりがな		男・女	生年月日
患者様お名前	様		明・大 昭・平 年 月 日生
患者様ご住所	〒 -		電話番号 (自宅) () - (携帯)

※下記の事項について、依頼医師がご記入下さい。

臨床診断		所 見	不要・要 (返却希望日 月 日)
		結果画像記録法	フィルム・CD-R・ペーパーにカラー印刷
臨床経過 検査目的			
撮像手技	ルーチン撮影・その他〔 〕	具体的な範囲がありましたら 下記にご記入下さい。 	
撮影部位	頭 部：大脳～小脳・ウィリス動脈輪・その他〔 〕		
	頸 部：		
	心 臓：単純(Whole Heart)……………冠動脈形態評価 造影(Perfusion・Viability) 心筋機能評価 負荷 (無・有)		
	胸 部：乳房・肺・縦隔・その他〔 〕		
	脊 椎：頸椎・胸椎・腰椎・仙骨・腰椎神経根撮影		
	腹 部：肝臓・胆嚢・脾臓・腎臓・MRCP・その他〔 〕		
	骨盤腔：子宮・卵巣・前立腺・膀胱・その他〔 〕		
	関 節：〔 〕 関節		
	四 肢：〔 〕		
血 管：〔 〕 動脈・静脈			
造 影 剤	不要・要 (ガドリニウム・EOBプリモビスト・リゾビスト)		
	血清クレアチニン： mg/dl ・ 不明 (造影の場合は、必ずご記入下さい)		
検査に必要な 確認事項	心臓ペースメーカー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は検査禁忌)		
	患 者 の 状 態： <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
	感 染 症： <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV		
	手 術 歴： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
	ア レ ル ギ ー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
義歯以外の体内金属： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			