MRI検査依頼書兼診療情報提供書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 紹介先医療機関名： | 熊本市医師会熊本地域医療センター | 依頼日： | 年 月 日 |
|  | 放射線部　担当医　殿 |
|  |  |  |
| 紹介元医療機関の名称： |  |
|  | 所在地： |  |
|  | 電話番号： |  | FAX： |  |
|  | 依頼医師氏名： |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名： |  | 殿 | 性別： |  |
| 患者住所： |  | 電話番号： |  |
| 生年月日： |  | 年　 |  | 月 |  | 日 | （ |  | ） | 歳 | 職業： |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 検査日 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 患者番号： |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査受付直通（月～金 8:30～18:00 土 8:30～13:00） | 電話 096-366-1323 | FAX 096-363-3416 |
| 熊本市医師会　熊本地域医療センター（代表） | 電話 096-363-3311　 | FAX 096-362-0222  |

＜チェック項目＞ ※必ず記入して下さい

＜体内金属＞ ※必ず記入して下さい**（有の場合は要相談）**

手術歴：[ ] 無　[ ] 有（　　　　　　　　　　）

閉所恐怖症：[ ] 無　[ ] 有 ※重度の閉所恐怖症は要相談

腎機能　　採血日：　　　　Cr値：

　　　　　　　　　　　　eGFR値：

心臓ペースメーカー：[ ] 無　[ ] 有

脳動脈瘤クリップ：[ ] 無　[ ] 有

ICD・体内神経刺激装置：[ ] 無　[ ] 有

人工内耳：[ ] 無　[ ] 有

歯科インプラント・矯正具：[ ] 無　[ ] 有

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

臨床診断及び紹介目的

〈既往歴　症状経過　治療経過　現在の処方　検査結果　等〉

|  |  |
| --- | --- |
| 造影希望 | [ ] 有　・　[ ] 無　・　[ ] 一任 |

MRI検査部位　※✓印を付けて下さい（原則、複数不可）

[ ]  頭部　　　　[ ]  下垂体　　　[ ]  頚部

[ ]  乳房　　　　[ ]  胸部

[ ]  MRCP　　 　 [ ]  肝臓　　　　[ ]  膵臓　　　[ ]  腎臓

[ ]  子宮卵巣　　[ ]  前立腺　　　[ ]  直腸

[ ]  頚椎　　　　[ ]  胸椎　　　　[ ]  腰椎

[ ]  四肢　（　　　　　　）　　 [ ]  MRｱﾝｷﾞｵ（　　　　　）

[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※ ペースメーカーはMRI対応であっても、申込み時に必ずご連絡をお願いします。

※ 体内金属が『有』の場合、事前にMRI対応かご確認をお願いします。

※ 女性の場合妊娠の可能性のない事を確認してください。

※ 患者様がお薬手帳をお持ちでしたら、持参させて下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| **下記のどれか一つお選び下さい** |  |
| ☐CD要☐フィルム要☐不要 |  |