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 |  |