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：

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

造影希望	☐有　・　☐無　・　☐一任

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〉

＜体内金属＞ ※必ず記入して下さい（有の場合は要相談）

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（　　）

＜チェック項目＞ ※必ず記入して下さい

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：

下記のどれか一つお選び下さい
☐CD 要
☐フィルム要
☐不要

※ 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。

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