

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
放射線部 担当医 殿

依頼日： 年 月 日

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 | ☐ 頸部 |
| ☐ 乳房 | ☐ 胸部 | |
| ☐ MRCP | ☐ 肝臓 | ☐ 脾臓 ☐ 腎臓 |
| ☐ 子宮卵巣 | ☐ 前立腺 | ☐ 直腸 |
| ☐ 頸椎 | ☐ 胸椎 | ☐ 腰椎 |
| ☐ 四肢 () | ☐ MRアングリオ() | |
| ☐ その他 () | | |

<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：

臨床診断及び紹介目的

< 既往歴 家族歴 症状経過 治療経過 現在の処方 検査結果 等 >

< 備考 >

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。
※ 持続グルコース測定器を貼付中の方は外していただきます。
※ 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