

MRI 検査依頼書・診療情報提供書

紹介元医療機関名・医師名

検査予定日	TEL		FAX			
	年	月	日 ()	検査開始 予定時間	午前・午後	時

ふりがな		
患者様氏名	様	年 月 日生 ○男 ○女
住所・TEL	(〒 -) TEL() -	
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> その他()	
検査方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影(血清クレアチニン値_____mg/dl)(eGFR値_____mL/分/1.73m ²) <input type="checkbox"/> MRA 造影検査を依頼の場合、可能であれば血清クレアチニン値又はeGFR値の記入をお願いいたします。	
患者様情報 (傷病名・既往歴・ 症状経過・治療経過)		
検査に関連する要望事項		
注意事項	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー、 <input type="checkbox"/> 人工内耳、 <input type="checkbox"/> 手術(動脈瘤クリップなど)(部位:) <input type="checkbox"/> 体内、体表金属類(部位:)、 <input type="checkbox"/> 入れ墨、アートメイク <input type="checkbox"/> 人工関節、骨折接合金属(部位:)、 <input type="checkbox"/> 妊娠初期、 <input type="checkbox"/> 閉所恐怖	
希望媒体	フィルム	・ CD-ROM
読影	必要	・ 不要



名古屋市千種区千代田橋 1-1-1

国家公務員共済組合連合会 東海病院

TEL: 052-711-6131(代表)