

MRI検査申込書 兼 診療情報提供書(他院医師記入用)

- (1) ふりがな
患者氏名 性別：男・女
生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日(歳)
- (2) 希望日 第1希望 月 日() 第2希望 月 日()
- (3) 検査部位 にチェック(×)をして下さい。検査時間の為1部位のみとさせていただきます。
 頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤 脊椎(頸・胸・腰のいずれか1つ)
 四肢() MRアンギオ(脳・頸部・その他)
 その他(具体的に)：
- (4) 臨床診断と検査目的
診断名(必須)：
検査目的：

以下の項目に一つでも「はい」がある場合、MRI撮影はできません。

- ① ペースメーカーがありますか？ (はい・いいえ)
② 植え込み式除細動器がありますか？ (はい・いいえ)
③ 人工内耳がありますか？ (はい・いいえ)
④ 磁性体の脳動脈クリップがありますか？ (はい・いいえ)

以下の項目に「はい」がある場合、はずしていただいたり、撮影ができない場合があります。

- ① 補聴器がありますか？ (はい・いいえ)
② 義歯・インプラントがありますか？ (はい・いいえ)
③ 体内に上記の他、磁性体の金属はありますか？ (はい・いいえ)
④ 閉所恐怖症がありますか？ (はい・いいえ)
⑤ 磁性体ステントグラフトが挿入されていますか？ (はい・いいえ)

- (5) ガドリウム造影剤使用の有無：有・無
(「有」の場合は下記のチェックリストと同意書の記入を必ずお願いします。)

以下の項目に一つでも「はい」がある場合、造影剤は使用できません。

- ① MRI造影剤で副作用を起こしたことがありますか？ (はい・いいえ・不明)
② 気管支喘息と診断されたことがありますか？ (はい・いいえ)
③ 血清クレアチニン値 ≥ 1.5 mg/dlですか？ (はい・いいえ※)

※ 数値と実施日(概ね半年以内)をご記入下さい。

血清クレアチニン値 _____ mg/dl 実施日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 結果画像の出力方法はCD-ROMのみとなります。

- (6) 記入者名：医療機関名 _____ 医師名 _____

本紙とともに、同意書(造影剤を使用する予定の場合)を、三井記念病院地域連携室へご送信ください。

FAX：03(3864)7901(地域連携室直通)