

MRI

検査予約申し込み書・診療情報提供書

記載年月日 年 月 日

JR札幌病院
地域医療連携センター 行
〒060-0033

貴医療機関名 担当者名()

札幌市中央区北3条東1丁目
直通番号 011-208-7169
直通FAX 011-208-7170

医師氏名 (印)
電話番号 - -
FAX番号 - -

フリガナ		電話	- -
患者様氏名		○ 男 ○ 女	住所
生年月日	大・昭 平・令	年 月 日 歳	JR札幌病院の受診歴 ○あり ○なし

検査希望日： 月 日 (AM・PM) 月 日 (AM・PM)

希望される検査にチェックし、単純/造影を選択して下さい。造影の場合は必ずeGFR値をご記入下さい。

○ 単純	<input type="checkbox"/> 全脳	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> TMJ 開口閉口	<input type="checkbox"/> 膵臓・MRCP	<input type="checkbox"/>
○ 単純+造影	<input type="checkbox"/> TMJ 開口閉口+CINE	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 頭頸部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eGFR (mL/min/1.73m ²)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 女性骨盤	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 直腸	<input type="checkbox"/>
身長 (cm)	体重 (kg)	Cr値 (mg/dL)	

臨床診断名	既往歴 家族歴
-------	------------

検査目的 症状経過 検査所見 治療経過 等

読影	○ 要 ○ 不要	※読影レポートは 後日郵送です	画像当日持ち帰り	○ あり ○ なし
----	----------	--------------------	----------	-----------

検査を受けられる患者様に対し検査の内容を説明し、同意を得られた。

【体内金属確認事項】 ① 体内金属または体内挿入物の有無 ○あり ○なし ▶ありの場合は②～④を記載 ② MRI検査不可体内金属の有無 人工内耳/神経刺激装置 けがや事故による体内金属片 ○あり ○なし ③ 3TMRI対応デバイスの有無 心臓ペースメーカ/脳血管クリップ ○あり ○なし 水頭症用シャントシステム/内視鏡止血クリップ ④ 上記以外の体内金属の有無 ○あり ○なし () ▶④の体内金属は3TMRI検査 ○可 ○不可	【確認事項】 ・妊娠 ○あり ○なし ・閉所恐怖症 ○あり ○なし ・感染症の有無 ○あり ○なし ○不明 【造影のリスクファクター】 ・造影剤使用歴 ○あり ○なし ・造影剤副作用歴 ○あり ○なし ・アレルギー体質 ○あり ○なし ・喘息の治療 ○あり ○なし ・腎機能障害 ○あり ○なし ※eGFRが30未満の場合は、造影検査できません。
--	---

この用紙をファックスして下さい。(原本は患者様が検査当日ご持参ください。)