

# 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	年 月 日	歳	JR札幌病院の受診歴	○ あり ○ なし

検査希望日： 月 日 月 日

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 <sup>2</sup> )	<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。

<p><b>【体内金属確認事項】</b></p> <p>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</p> <p>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</p> <p>③ 3TMRI対応デバイスの有無 心臓ペースメーカー/脳血管クリップ 水頭症用シャントシステム/内視鏡止血クリップ ○ あり ○ なし</p> <p>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</p>	<p><b>【確認事項】</b></p> <p>・妊娠 ○ あり ○ なし</p> <p>・閉所恐怖症 ○ あり ○ なし</p> <p>・感染症の有無 ○ あり ○ なし ○ 不明</p> <p><b>【造影のリスクファクター】</b></p> <p>・造影剤使用歴 ○ あり ○ なし</p> <p>・造影剤副作用歴 ○ あり ○ なし</p> <p>・アレルギー体質 ○ あり ○ なし</p> <p>・喘息の治療 ○ あり ○ なし</p> <p>・腎機能障害 ○ あり ○ なし</p> <p>※eGFRが30未満の場合は、造影検査できません。</p>
---	---

この用紙をファックスしてください。(原本は患者様が検査当日ご持参ください。)