

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

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

貴医療機関名

担当者名()

医師氏名

電話番号

FAX番号

印

フリガナ		電話		—		—				
患者様氏名		○ 男 ○ 女	住所							
生年月日	昭和		年		月		日	歳	JR札幌病院の受診歴	○ あり ○ なし

検査希望日: 月 日 (指定なし) 月 日 (指定なし)

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。

	【頭頸部】	【上腹部】	【脊椎】
○ 単純	☐ 全脳	☐ 肝臓	☐
○ 単純+造影	☐ TMJ 開口閉口	☐ 膵臓・MRCP	【四肢関節】
	☐ TMJ 開口閉口+CINE	☐ 腎臓	☐
	☐ 頭頸部	【骨盤部】	
eGFR (mL/min/1.73m ²)	【血管】	☐ 女性骨盤	【その他の部位】
	☐ 縦隔	☐ 前立腺	
	☐ 心臓	☐ 直腸	
	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】	【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	・ 妊娠 ☐ あり ☐ なし
② MRI検査不可体内金属の有無 ☐ あり ☐ なし 人工内耳/神経刺激装置 けがや事故による体内金属片	・ 閉所恐怖症 ☐ あり ☐ なし
③ 3TMRI対応デバイスの有無 ☐ あり ☐ なし 心臓ペースメーカー/脳血管クランプ 水頭症用シャントシステム/内視鏡止血クランプ	・ 感染症の有無 ☐ あり ☐ なし ☐ 不明
④ 上記以外の体内金属の有無 ☐ あり ☐ なし ()	【造影のリスクファクター】
➤ ④の体内金属は3TMRI検査 ☐ 可 ☐ 不可	・ 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
	・ 喘息の既往 ☐ あり ☐ なし
	※喘息で治療中の方は、当院で検査できません。
	・ 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ください。(原本は患者様が検査当日ご持参ください。)