

MRI 検査依頼書（診療情報提供書）

〒070-0054

旭川市 4 条西 4 丁目 1-2

吉田病院

放射線科

TEL：0166-25-1115（内線 2219）

【紹介元医療機関名】

【御担当医】

【住所】 〒

【電話番号】

【FAX 番号】

診療情報提供書

ふりがな

患者氏名 様 性別 男・女 生年月日 年 月 日(歳)

電話

住所

検査予約日時 年 月 日 (時頃) 当院受診歴 あり・なし

保険証記号 番号 保険者番号

病状及び経過

検査依頼目的

検査部位

頭部・頭頸部 MRA 頸部 肝臓 胆嚢・膵臓・MRCP 骨盤 ()
 脊椎(頸椎・胸椎・腰仙椎) 肩関節(右・左) 膝関節(右・左) 股関節(右・左) その他()

造影の有無

有 無 当院に一任

患者情報 身長 cm 体重 kg

・心臓ペースメーカー 有 無

・動脈瘤クリップ 有 無

・人口内耳、体内電子機器 有 無

・その他の体内金属 有 無

(部位： 材質：)

・閉所恐怖症 有 無

・妊娠の可能性 有 無

造影剤使用 有 または 一任の場合

・造影剤副作用歴 有 無

・その他アレルギー 有 無

()

・気管支喘息 有 無

・血清 Cr： mg/dl (必須)

※直近6ヶ月以内のデータでお願いします

●MRI 検査の注意事項について

ペースメーカー装着の方は検査できません。
磁石式入れ歯、体動制御の出来ない方は検査できません
入れ歯、補聴器、アクセサリー、頭髮パウダー(不可)は
検査前にはずしてください。

●食事制限について

腹部と造影の検査は、検査前4時間は食事摂取を控えて
ください。

●結果について

後日、画像と結果を送付致します
通常3日程度(土日祝含まず)