

紹介状 診療情報提供書

(MRI検査依頼状)

年 月 日

聖隷沼津病院
放射線科担当医

医療機関名
所在地・電話番号
医師氏名

印

検査予定日時 年 月 日 時 分

患者氏名	様	生年月日	大・昭 平・令	年	月	日(才)	性別	男・女
患者住所	職業 TEL							
主訴又は傷病名・既往歴(家族歴)								
感染症 無・有 <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他()								
紹介目的								
症状								
経過								
検査結果								
治療経過								
現在の処方								
備考								

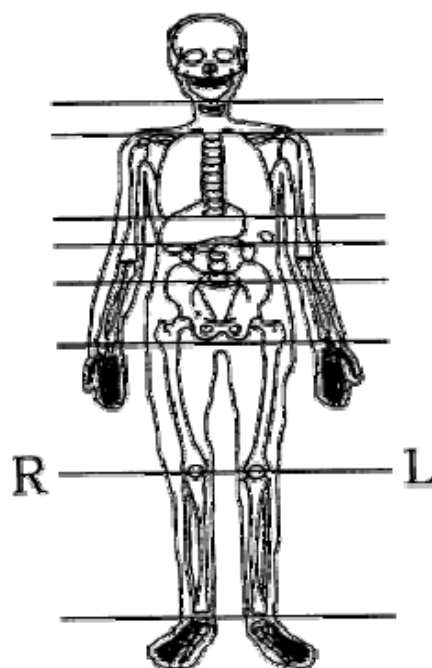
備考

～MRIセルフチェックシート～ 下記項目を必ずチェックして下さい。

チェック項目		MRI検査適応の基準	
心臓ペースメーカー	(年ごろ手術)	無・有	絶対禁忌
動脈瘤クリップ	(年ごろ手術)	無・有	1980年以前の場合は禁忌
心臓人工弁	(年ごろ手術)	無・有	疾患によっては医師確認のうえ施行する
妊娠	(周)	無・有	慎重に検討した上で可とする
乳幼児		No・Yes	造影剤投与については不可となることもある
金属染色(入れ墨等)		無・有	検査部位と金属の位置によっては画質低下の恐れがある
人工・骨頭関節		無・有	
骨接合の金属類		無・有	
留置針(針治療)		無・有	
装具(義眼・入歯・補聴器・他)		無・有	(装具は抜去したうえで可とする)
MRI造影剤副作用歴		無・有	造影剤使用時の適用基準
高度腎機能障害(透析を含む)		無・有	絶対禁忌
腎機能障害		無・有	造影剤使用時の適用基準
気管支喘息治療中		無・有	原則禁忌 (必要な場合は主治医の付添いにより可)
重篤な肝疾患		無・有	造影剤使用時の適用基準
てんかん		無・有	
アレルギー体質		無・有	慎重投与
全身状態低下(低栄養状態、脱水、高齢など)		無・有	

撮影依頼部位 ※撮影希望範囲を図示して下さい

MRI(部位)



結果報告方法(希望する方法にチェックして下さい)

フィルム貸し出しを希望 ※フィルムコピーを希望 CD-Rを希望

※フィルムコピーの場合、費用は貴院の負担となります。