

長岡赤十字病院 MRI 検査  
 共同利用申込書兼診療情報提供書  
 FAX 番号(直通) 0258-28-9060

2015.10

医療機関名  
 所在地  
 TEL・FAX

担当医師名  
 送付日 平成 年 月 日

◆患者情報

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	T・S・H 年 月 日 ( 歳)
住所			電話 ( ) -

※保険証及び公費等医療証を FAX していただければ、保険情報の記入は不要です。

保険証記号番号		医療証負担者番号	
保険者番号		医療証受給者番号	
被保険者区分	本人・家族	負担割合	割

※労災・交通事故等の場合はその旨お知らせください。

◆臨床診断・検査目的

◆検査部位

- (1) 部位 【・頭部 ・頸部 ・脊椎( 頸・胸・腰 ) ・胸部 ・腹部 ・骨盤 ・その他( )】  
 (2) 方法 【・造影剤 ( 無・有 )】

チェックリスト 【ご依頼の先生より記入をお願い致します。】

○体重 ( Kg )

○手術歴( 有・無 )    ○手術クリップ・クランプ( 有・無 )    ○妊娠( 有・無 )

○体内金属    心臓ペースメーカー( 有・無 )    人工心臓弁( 有・無 )

人工関節・骨頭 ( 有・無 )    人工内耳 ( 有・無 )

義歯 ( 有・無 )    義眼 ( 有・無 )

その他 ( )

○経皮吸収パッチ ( 有 [ニトログリセリンパッチ・ニコチンパッチ] ・ 無 )

造影剤「有」の場合は、ご依頼の先生より記入をお願い致します。

検査半年以内の 血清 Cr 値( mg/dl) もしくは eGFR 値( ml/min/1.73 m<sup>2</sup>)

造影剤使用の確認事項

- ・造影剤副作用歴のある方、喘息治療中、eGFR30 未満の方は造影しません。

◆撮影データ 【 CD-R ・ フィルム 】

※チェックがない場合は CD-R をお渡しします

※ FAX 受付時間 8:30~16:30  
 長岡赤十字病院 病診連携室 TEL 0258-28-3600 (内線 2238)