

MRI 検査 共同利用申込書 兼 診療情報提供書

FAX 0258-28-9060

令和 年 月 日

長岡赤十字病院 宛
 TEL : 0258-28-3600 (代表)
 FAX : **0258-28-9060** (連携室直通)
 申込受付時間 **8 : 30 ~ 16 : 30**

紹介元
 医療機関名
 医 師 名
 TEL :
 FAX :

ご紹介患者様情報

フリガナ		性 別	当院受診歴
氏 名		男・女	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		(旧姓:)
住 所	〒	電話番号	
		自宅	— —
		携帯	— —

検査希望日	① 月 日 () ※希望に添えない場合がありますのでご了承ください ② 当院にお任せ ※都合の悪い日()		
臨床診断 検査目的 (別紙可)			
部 位	<input type="checkbox"/> 頭部 (脳・内耳・副鼻腔) <input type="checkbox"/> 頸部 (耳下腺・顎下腺) <input type="checkbox"/> 顎関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 (膵・胆・肝・腎・MRCP) <input type="checkbox"/> 骨盤 (卵巣・子宮・膀胱・前立腺) <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 肩関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 手関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 股関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 膝関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 足関節 (右・左) <input type="checkbox"/> その他 ()		
造影剤	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり※	手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
妊 娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	体 重	kg
体内金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (以下の該当金属に☑をお願いします) ●検査施行可 <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ (埋込医療施設にMRI検査の可否を必ずご確認ください) → <input type="checkbox"/> 埋込医療施設にMRI検査が可能であることを確認しました <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> コイル <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> その他 () ●検査施行不可 (以下のものが埋め込まれている場合、検査はできません) 体内埋込医療機器 (ペースメーカー、ICD、神経刺激装置等)、人工内耳・中耳、 磁性体心臓人工弁、消化管内視鏡クリップ (施術から1ヶ月以内) 圧可変式シャントバルブ (磁力で圧調整するもの)		

※造影剤ありの場合

検査半年以内の血清Cr値 (mg/dl)	eGFR値 (ml/min/1.73m ²)
---	--

■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。

○撮影データはCD-Rでお渡しします