

MRI 検査 共同利用申込書 兼 診療情報提供書

FAX 0258-28-9060

平成 年 月 日

長岡赤十字病院
TEL : 0258-28-3600 (代表)
FAX : 0258-28-9060 (連携室直通)
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		生年月日	明・大・昭・平	男・女
氏 名			年 月 日 (才)	
住 所	〒	電話番号 (日中の連絡先)		
		— —		

保険記入欄(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)

記号番号		公費負担者番号							
保険者番号		受給者番号							
被保険者 (本人・家族)	負担割合 (割)	公費有効期限	平成	年	月	日まで			

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

--	--

撮影区分

部 位	☐ 頭部 (脳・内耳・副鼻腔) ☐ 頸部 (耳下腺・顎下腺) ☐ 顎関節 (右・左) ☐ 胸部 ☐ 腹部 (脾・胆・肝・腎・MRCP) ☐ 骨盤 (卵巣・子宮・膀胱・前立腺) ☐ 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) ☐ 肩関節 (右・左) ☐ 手関節 (右・左) ☐ 股関節 (右・左) ☐ 膝関節 (右・左) ☐ 足関節 (右・左) ☐ その他 ()		
造影剤	☐ なし ☐ あり※	手術歴	☐ なし ☐ あり
妊 娠	☐ なし ☐ あり	体 重	kg
体内金属	☐ なし ☐ あり (以下の該当金属に☑をお願いします) ●検査施行可 ☐ 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) ☐ スtent ☐ コイル ☐ 人工関節 ☐ 義眼 ☐ 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

FAX 0258-28-9060

2017.08