

M R I 検査 共同利用申込書 兼 診療情報提供書
FAX 0258-28-9060

長岡赤十字病院 病診連携室 宛

TEL : 0258-28-3600 (代表)

受付時間：平日8：30～16：30（FAXは24時間受信可）

※上記時間外の受信は翌診療日以降の返信となります。

※受取り後に内容を確認する場合があります。

電話対応が可能な時間帯にお申込下さい。

紹介元

令和 年 月 日

医療機関名

診療科

医師名

T E L

F A X

担当者

●患者情報

フリガナ 氏名				性 別	当院受診歴	
				男 ・ 女	有 ID番号	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳			無		
※外国人の場合 国 籍		母国語		使用言語		
住 所	〒			電話番号（日中の連絡先）		
				— —		
検査希望日	希望日 年 月 日 () ※3 ◎希望に添えない場合は最短日でご案内いたします。 □いつでもよい その他 ()					
臨床診断 検査目的 (別紙可)						
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※1 → ☐ ガドリニウム ☐ リゾビスト（肝のみ）※2					
妊 娠	☐ なし ☐ あり	手術歴	☐ なし ☐ あり	体重	kg	
体内金属	☐ なし ☐ あり（ありの場合、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） → ☐ 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 ☐ ステント ☐ 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）						

※1 造影剤ありの場合記載ください

検査半年以内の血清Cr値(mg/dl)、eGFR値(ml/min/1.73m²)

【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、eGFR値30(mL/min/1.73m²)未満の方は造影しません。

※2 リゾビスト造影剤は肝臓の病変検出に使用します。腎機能に制限はありません。

※日赤記載欄

食事 可 ・ 否

※3 検査時間は原則14：30です。当日検査結果をお渡しするので紹介元が休診の場合は予約をお取りできません。

予約日時を確定し、「検査予約票」をFAXいたします。内容をご確認のうえ患者さんにお渡しください。

2024/10