

画像診断検査(MRI)紹介状(診療情報提供書)

愛媛県立新居浜病院

画像診断担当医 宛

貴医療機関名	
診療科	
住所	
電話番号	
ご担当医師名	印

フリガナ		生年月日	T・S・H・R	年	月	日	性別	男・女	
患者氏名		身長		cm	体重		kg		
患者住所	〒 -								
依頼検査	MRI検査	電話番号							
		造影検査使用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 一任				
傷病名(主訴)		検査希望日	第一希望	月	日	()			
検査部位			第二希望	月	日	()			

紹介目的、症状経過、その他

検査前の確認事項

MRI問診票 以下の項目に該当するものがあれば☑してください。場合によっては検査できません。

<input type="checkbox"/> 妊娠もしくは妊娠の可能性がある	その他体内金属・電子機器があれば教えてください
<input type="checkbox"/> 3ヶ月以内に内視鏡検査を受けた。	<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ・コイル
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー・人工内耳・除細動器・神経刺激装置・磁気式義眼などの体内電子機器を装着している。	<input type="checkbox"/> スtent <input type="checkbox"/> インプラント
<input type="checkbox"/> 手術以外で体内金属がある。	<input type="checkbox"/> シャントバルブ <input type="checkbox"/> 磁石式義歯
<input type="checkbox"/> 目などの重要臓器に位置する金属粉塵がある。	<input type="checkbox"/> 人口骨頭・人工関節 <input type="checkbox"/> 歯科矯正装置
<input type="checkbox"/> 仰向けで動かずに寝ることが困難である。	<input type="checkbox"/> 骨折治療用ボルト・プレート <input type="checkbox"/> リブレ
<input type="checkbox"/> 入れ墨、タトゥーがある※本人の同意があればかまいません	<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症である。	上記体内金属・電子機器はMRIに対応していますか <input type="checkbox"/> MRI非対応 <input type="checkbox"/> MRI対応 <input type="checkbox"/> わからない

造影剤使用 有 または 一任 の場合

腎機能：血清クレアチニン値を教えてください。	注意すべき合併症やアレルギー歴を教えてください
血清Cr： mg/dL	<input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/>慢性腎不全
検査日： 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 造影剤によるアレルギー歴がある
直近1ヵ月以内のデータをお教えてください。データがない場合は検査前に当院で血液検査を行いますので、患者様に検査予約時間の1時間前に来院するようお願いいたします。	<input type="checkbox"/> その他のアレルギー歴 (内容)

保険情報	被保険者氏名		保険者番号						
	記号・番号		本・家						
	事業所又は保険者名								
	高齢者保険番号								割
	公費等記号番号								

注意1. 保険情報の記入、又は健康保険証のコピー可

注意2. 当日、原本は持参して下さい

愛媛県立新居浜病院 地域医療連携室 宛

FAX 0897-31-7051