

画像診断検査(MRI)紹介状(診療情報提供書)

愛媛県立今治病院

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	(自宅)				
				(携帯)				
傷病名(主訴)		造影検査使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 一任					
検査部位								

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。	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。
<input type="checkbox"/> 妊娠初期3ヵ月以内もしくは妊娠の可能性 ※1	血清Cr : _____ mg/dL
<input type="checkbox"/> 3ヶ月以内に内視鏡検査を受けた。	
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカーや人工内耳などの体内電子機器を装着している。 (条件付きMRI対応ペースメーカーは特定の条件下、準備が必要です。 循環器科の担当医師にお尋ねください。)	検査日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 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にお話しくださいようお願いいたします。
<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤の手術を受けている。 <input type="checkbox"/> MRI非対応 <input type="checkbox"/> MRI対応 <input type="checkbox"/> わからない	注意すべき合併症やアレルギー歴を教えてください
<input type="checkbox"/> 手術等により体内に金属がある(心臓人工弁、人工関節、水頭症の手術等)(内容 _____)	<input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 造影剤によるアレルギー歴がある <input type="checkbox"/> その他のアレルギー歴 (内容 _____)
<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"/> 仰向けで動かずに寝ることが困難である。	
<input type="checkbox"/> 入れ墨がある。(やけどや変色の恐れがあります。)	
<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症である。	

※1 当院では、妊娠14週未満のMRI検査は行っていません。それ以降の場合、得られる利益が胎児に及ぼす危険を上回ると判断され、インフォームドコンセントが得られた場合に限り検査をおこないます。

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. 病院提出用を患者に持参、又は後日郵送してください。

愛媛県立今治病院 地域医療連携室 宛

FAX 0898-32-1420