

MR I 検査依頼箋

洛和会音羽病院

洛和会音羽病院 MRI検査依頼箋（兼 診療情報提供書）

FAX送信日

地域連携課 FAX (直通) : 075-593-4160

日付	年	月	日	検査予定日	年	月	日	時	分~
----	---	---	---	-------	---	---	---	---	----

患者氏名 住所 〒 生年月日 西暦・明・大・昭・平 年 月 日 TEL () —	(男・女)	紹介元医療機関 医師氏名 TEL () —	印
---	-------	--------------------------------------	---

傷病名・検査目的

撮影方法 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影	検査データ提供媒体 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R
撮影部位 (1ヶ所に☑して下さい) 頭 部： <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 脳MRI+MRA <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 頸 部： <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 顎下腺 胸 腹： <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎臓 骨 盤： <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 脊 椎： <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨 <input type="checkbox"/> 頸胸椎移行部 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 上 肢： <input type="checkbox"/> 右肩 <input type="checkbox"/> 左肩 <input type="checkbox"/> 右上腕 <input type="checkbox"/> 左上腕 <input type="checkbox"/> 右肘 <input type="checkbox"/> 左肘 <input type="checkbox"/> 右前腕 <input type="checkbox"/> 左前腕 <input type="checkbox"/> 右手関節 <input type="checkbox"/> 左手関節 下 肢： <input type="checkbox"/> 右股 <input type="checkbox"/> 左股 <input type="checkbox"/> 右大腿 <input type="checkbox"/> 左大腿 <input type="checkbox"/> 右膝 <input type="checkbox"/> 左膝 <input type="checkbox"/> 右下腿 <input type="checkbox"/> 左下腿 <input type="checkbox"/> 右足関節 <input type="checkbox"/> 左足関節 その他： <input type="checkbox"/> ()	問診 ◇心臓ペースメーカー 【無・有 (検査不可)】 ◇人工内耳 【無・有 (検査不可)】 ◇脳動脈クリップ・心臓人工弁 【無・有 (種類確認)】 ◇体内金属 (コイル・ステント等) 【無・有 (種類確認)】 ◇義歯インプラント・義眼 【無・有 (磁石式は検査不可)】 ◇コンタクトレンズ 【無・有 (取り外し要)】 ◇刺青・化粧品 【無・有 (火傷の可能性)】 ◇妊娠 (女性のみ) 【無・有 (検査不可)】 ◇閉所恐怖症 【無・有】 ◇体重 _____ Kg

造影に関して

- ・過去にMRIの造影検査を受けたことがある 【無・有】 ※過去に副作用があった方は検査内容と症状確認
- ・気管支喘息 (過去5年以内の既往も含む) 【無・有 (造影不可)】
- ・その他のアレルギー 【無・有】

・腎機能

eGFR ()	Cr ()
BUN ()	検査日 (年 月 日)

感染症 HCV抗体 (+・-・未) HBs抗原 (+・-・未) TPHA (+・-・未)

※貴院での画像データ等の検査結果がございましたら、検査当日にご持参いただきますようお願いいたします。
 ※画像所見の報告につきましては翌日以降 (土曜日の場合は月曜日以降) になります。



洛和会音羽病院 MRI検査依頼箋（兼 診療情報提供書）

FAX送信日

地域連携課 FAX (直通) : 075-593-4160

日付	年	月	日	検査予定日	年	月	日	時	分~
----	---	---	---	-------	---	---	---	---	----

患者氏名 (男・女)	紹介元医療機関
住所 〒	医師氏名 印
生年月日 西暦・明・大・昭・平 年 月 日	TEL ()
TEL ()	TEL ()

傷病名・検査目的

撮影方法 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影	検査データ提供媒体 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R
撮影部位 (1ヶ所に☑して下さい) 頭 部： <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 脳MRI+MRA <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 頸 部： <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 顎下腺 胸 腹： <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎臓 骨 盤： <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 脊 椎： <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨 <input type="checkbox"/> 頸胸椎移行部 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 上 肢： <input type="checkbox"/> 右肩 <input type="checkbox"/> 左肩 <input type="checkbox"/> 右上腕 <input type="checkbox"/> 左上腕 <input type="checkbox"/> 右肘 <input type="checkbox"/> 左肘 <input type="checkbox"/> 右前腕 <input type="checkbox"/> 左前腕 <input type="checkbox"/> 右手関節 <input type="checkbox"/> 左手関節 下 肢： <input type="checkbox"/> 右股 <input type="checkbox"/> 左股 <input type="checkbox"/> 右大腿 <input type="checkbox"/> 左大腿 <input type="checkbox"/> 右膝 <input type="checkbox"/> 左膝 <input type="checkbox"/> 右下腿 <input type="checkbox"/> 左下腿 <input type="checkbox"/> 右足関節 <input type="checkbox"/> 左足関節 その他： <input type="checkbox"/> ()	問診 ◇心臓ペースメーカー 【無・有 (検査不可)】 ◇人工内耳 【無・有 (検査不可)】 ◇脳動脈クリップ・心臓人工弁 【無・有 (種類確認)】 ◇体内金属 (コイル・ステント等) 【無・有 (種類確認)】 ◇義歯インプラント・義眼 【無・有 (磁石式は検査不可)】 ◇コンタクトレンズ 【無・有 (取り外し要)】 ◇刺青・化粧品 【無・有 (火傷の可能性)】 ◇妊娠 (女性のみ) 【無・有 (検査不可)】 ◇閉所恐怖症 【無・有】 ◇体重 _____ Kg

造影に関して			
・過去にMRIの造影検査を受けたことがある	【無・有】	*過去に副作用があった方は検査内容と症状確認	
・気管支喘息 (過去5年以内の既往も含む)	【無・有 (造影不可)】		
・その他のアレルギー	【無・有】		
・腎機能	eGFR () Cr ()	BUN () 検査日 (年 月 日)	
感染症	HCV抗体 (+・-・未)	HBs抗原 (+・-・未)	TPHA (+・-・未)

(I-05)

洛和会音羽病院 地域連携課

コールセンター : 0120-607-489

17.8.2×50×200 ①

※貴院での画像データ等の検査結果がございましたら、検査当日にご持参いただきますようお願いいたします。
 ※画像所見の報告につきましては翌日以降 (土曜日の場合は月曜日以降) になります。