

診療情報提供書 兼 MRI検査依頼書 (FAX兼用)

宮崎市郡医師会病院 放射線科行

紹介元医療機関
医師名
電話番号

患者氏名	性別 男・女
生年月日	電話番号
住所	

検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 () <input type="checkbox"/> 頸部 () <input type="checkbox"/> 胸部 () <input type="checkbox"/> 腹部 (EOB・MRCP) <input type="checkbox"/> 骨盤 () <input type="checkbox"/> 脊椎 () <input type="checkbox"/> 四肢骨 () 検査時造影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	該当する項目にチェックをお願い致します <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 水頭症治療用シャント(圧可変式バルブシャント) <input type="checkbox"/> 脳深部刺激装置 <input type="checkbox"/> 脊髄刺激装置 <input type="checkbox"/> 可動性義眼 <input type="checkbox"/> 眼窩内金属片 上記がある場合は検査ができません
アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー等 <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> 内視鏡止血用クリップ <input type="checkbox"/> 冠動脈ステント <input type="checkbox"/> 人工心臓弁 <input type="checkbox"/> 整形外科手術による器具 <input type="checkbox"/> 義歯(インプラント・磁性アタッチメント) <input type="checkbox"/> その他
腎機能(1ヶ月以内の結果をお願いします) eGFR () クレアチニン値 ()	<input type="checkbox"/> 3.0テスラMRI非対応のものは検査できません <input type="checkbox"/> 体内に金属類無し
MRI検査及び造影剤使用の同意書 <input type="checkbox"/> 済 (貴院で同意書済み) <input type="checkbox"/> 未 (当院で説明・同意書) 同意書を頂いている方は必ず忘れずに持参させてください	<input type="checkbox"/> 妊娠中または妊娠の可能性がある方 妊娠初期14週未満の方は検査できない場合があります

傷病名
紹介目的(検査目的)
既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過
現在の処方

宮崎市郡医師会病院 連絡 専用FAX: 0985-77-9125
 代表TEL: 0985-77-9101
 ※FAX受付時間 平日 8:30~16:30です

宮崎市郡医師会病院