

(御依頼用)

(診療情報提供書)

紹介先

医療法人社団 爽和会

MRI・CT検査御依頼票

お茶の水駿河台クリニック

〒101-0062東京都千代田区神田駿河台2-1-47

TEL.03-5280-9122

Fax.03-5280-9120

(ご紹介目的: MRI検査 CT検査)

(ID)	
カガナ	
氏名	殿 男・女
生年月日	M・T S・H 年 月 日 才
連絡先	昼間 () 自・勤
TEL	夜間 () 自・勤

予約日	年 月 日	午前 午後	時 分
※上記検査予約時間の 20分前 にご来院ください			
紹介元病院名	貴科名	御担当医師	
病院			
医院	科	先生	

*原則としてMRI検査は1検査1部位としてください。

<input type="checkbox"/> 頭部()	臨床診断	
<input type="checkbox"/> 頸部()		
<input type="checkbox"/> 胸部()		
<input type="checkbox"/> 上腹部(肝・胆・膵)		
<input type="checkbox"/> 腎臓		
<input type="checkbox"/> 骨盤腔()		検査部位、臨床経過および検査目的(具体的に)
<input type="checkbox"/> 脊椎(頸・胸・腰・仙)		
<input type="checkbox"/> 膝(右・左)		
<input type="checkbox"/> 肩(右・左)		
<input type="checkbox"/> 四肢(右・左)		
<input type="checkbox"/> その他		
◆現在の体重 _____ kg		

妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(週) <input type="checkbox"/> 不明	*MRI: 14週未満はご本人の承諾書が必要です。 *C T: 原則禁忌です。
-----------	---	--

MRI用検査前チェック(厳重にお願いします)
30分ほどの静止が必要となる検査です。

禁 忌		適 応 注 意(検査不可の場合あり)	
心臓ペースメーカー(MRI耐性含)	無・有	脳動脈クリップ	無・有()
体内金属	無・有	義眼	無・有()
人工内耳	無・有	マグネット義歯	無・有()
2週以内の内視鏡クリップ	無・有	閉所恐怖症	無・有()
		刺青・アートメイク	無・有()
		伏針	無・有()

手術経験があれば具体的にご記入ください。

CT・MRI造影の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 検査医に一任
血清クレアチニン値()mg/dl (目安: 3ヶ月以内)	造影御依頼の指示をいただいても、既往歴・疾患などによりご希望に添えない場合がございます。 また、15歳未満は単純のみです。未成年(15歳~19歳)で造影の場合、保護者の同意が必要です。		
造影剤使用歴	無・有	腎機能障害	無・有()
(上記“有”の人)造影剤副作用	無・有	甲状腺機能障害	無・有()
造影剤以外のアレルギー	無・有	心臓病	無・有()
喘息(造影禁忌)	無・有	糖尿病	無・有()
授乳中	無・有	ビグアナイド系糖尿病薬使用の有無:	無・有