

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

予約日	年 月	午前 午後	時 分
※上記検査予約時間の <b>20分前</b> 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		

<b>妊娠</b>	<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。 *CT: 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)	脳動脈クリップ
体内金属	義眼
人工内耳	マグネット義歯
2週以内の内視鏡クリップ	閉所恐怖症
	刺青・アートメイク
	伏針

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もございます。 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	腎機能障害	無・有( )	
(上記“有”の人)造影剤副作用	甲状腺機能障害	無・有( )	
造影剤以外のアレルギー	心臓病	無・有( )	
喘息(造影禁忌)	糖尿病	無・有( )	
授乳中	ビグアナイド系糖尿病薬使用の有無:	無・有	