

診療情報提供書 (MRI 検査依頼票)

① 紹介患者様情報

フリガナ			
氏名			
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日	性別	男・女
当院受診歴	有・無	※当院記入欄 (有の場合の診察券番号) (無の場合の診察券番号)	
連絡先	TEL	携帯・自宅・勤務先	

② 依頼元医療機関様情報

医療機関名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	
担当医師名	

③ 検査前確認事項 ※検査時に患者様に対する緊急措置が必要な場合は、当院に一任されるものとします。

・体内金属 動脈瘤クリップ、ステント、シャント、フィルター、 機械弁、人工骨頭・関節、眼部金属、 歯科矯正具、乳房内留置金属 等	有・無	原則検査不可 (材質・部位により相談) ※材質がチタン等の非磁性体であれば検査可能 ※機械弁: StarEdward#600以前は禁忌
・妊娠の可能性 ・心臓ペースメーカー、体内埋込型除細動器 ・その他埋込型医療機器 神経刺激装置、人工内耳、インスリン注入ポンプ 等		検査不可 ※条件付き/MRI対応デバイスであっても不可

④ 検査依頼部位 (該当する項目を○で囲んでください) ※手技は「単純」のみとなります。

MRI (1.5T)

頭部	脳 下垂体 眼窩 副鼻腔	上肢	肩関節 上腕 肘関節	右・左
脊椎	頸椎 胸椎 腰椎		前腕 手関節 手・手指	
頸部	頸部	下肢	大腿 膝関節 下腿	右・左
胸部	胸部		足関節 足・足趾	
腹部	肝臓 膵臓・胆嚢 副腎・腎臓	その他		
骨盤腔	子宮・卵巣 膀胱 前立腺			
骨盤	骨盤 股関節			

⑤ 臨床情報・診断名・検査目的・その他特記事項

--

⑥ 返却方式

媒体	CD-R
時期	当日返却 (患者様へ直接お渡し)

⑦ 読影の有無

<input type="checkbox"/> 読影依頼 (有償)
<input type="checkbox"/> 読影依頼かつ検査後2時間以内にデータ送付 (有償)
<input type="checkbox"/> 無し

医療法人 平成博愛会

印西総合病院

TEL : 0476-33-3531

FAX : 0476-47-5614

受付時間 : 月～土 (祝日除く) 9:00～17:00