

連携MRI検査申込書（診療情報提供書）

★当院MRI予約日	_____月_____日（ ）_____：_____		
貴院の情報			
貴院名		診療科	
医師名		電話番号	（ ） - _____
患者様の情報			
(フリガナ) 患者氏名	様	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ____年____月____日
日中の連絡先	() - _____	性別	<input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 男性
貴院の再診日	<input type="checkbox"/> 次回____月____日 または <input type="checkbox"/> 未定	保険種別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 他
傷病名			
症状経過・ 希望の撮像方法など			

★撮像部位に☑をつけて下さい。該当部位がない場合は「その他部位」にご記入下さい。

- | | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 乳腺造影 | <input type="checkbox"/> 頭部 (MRI+MRA) | <input type="checkbox"/> 頸部 | <input type="checkbox"/> 頸椎 | <input type="checkbox"/> 胸椎 | <input type="checkbox"/> 腰椎 | <input type="checkbox"/> 仙椎 |
| <input type="checkbox"/> 肩関節 (左・右) | <input type="checkbox"/> 肘関節 (左・右) | <input type="checkbox"/> 手関節 (左・右) | <input type="checkbox"/> 手指 (左・右) | <input type="checkbox"/> 股関節 | | |
| <input type="checkbox"/> 大腿 (左・右) | <input type="checkbox"/> 下腿 (左・右) | <input type="checkbox"/> 膝関節 (左・右) | <input type="checkbox"/> 足関節 (左・右) | <input type="checkbox"/> 足趾 (左・右) | | |
| <input type="checkbox"/> 腹部 (肝・胆・膵・腎) | <input type="checkbox"/> 腹部 (MRCP) | <input type="checkbox"/> 骨盤部 (子宮・卵巣/前立腺・膀胱) | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他部位 () | | | | | | |

造影の有無

なし あり

★造影検査の場合は、下記の2点を患者様へお渡しし、検査当日に持参するようお伝え下さい。

①記入済の「造影MRI検査同意書」 ②3か月以内のクレアチニン値が記載された血液検査結果表

※「造影MRI検査同意書」印刷はこちらから：<http://www.shinagawa-breast.com/order.html>

★患者様に該当するものに☑をつけてください。（しない場合は該当しないに☑をお願いします。）

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> すべて該当しない | <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカーあり | <input type="checkbox"/> 植え込み式除細動器あり |
| <input type="checkbox"/> 消化管クリップあり | <input type="checkbox"/> 人工内耳あり | <input type="checkbox"/> 磁石付き義眼あり |
| <input type="checkbox"/> 深部刺激装置あり | <input type="checkbox"/> 圧可変式バルブ付きシャント（脳室・腹腔シャント）あり | |
| <input type="checkbox"/> （女性の方のみ）妊娠中、または妊娠の可能性あり | | |
| <input type="checkbox"/> その他体内金属あり（下記※に詳細をご記入ください） | | |
| ※留置：____年____月頃 または 約____年前 ※材料：_____ | | |

★下記のうち、MRI非対応のものをご使用の場合は検査ができません。

- | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップあり | <input type="checkbox"/> 心臓の人工弁、ステントあり | <input type="checkbox"/> 該当しない |
|------------------------------------|--|--------------------------------|

★下記に該当の場合、検査は可能ですが、当日医師とご相談いただきます。

- | | | |
|----------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症あり | <input type="checkbox"/> タトゥー・アートメイクあり | <input type="checkbox"/> 該当しない |
|----------------------------------|--|--------------------------------|

★撮像部位に関わらず、下記は検査当日までに必ず除去するようお伝え下さい。

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 手・足のジェルネイルあり | <input type="checkbox"/> 手・足のマニキュアあり | <input type="checkbox"/> 該当しない |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|