MRI検査依頼状(診療情報提供書)

年　　月　　日

I　　D	紹介元医療機関名
フリガナ	
患者氏名	所在地
生年月日	TEL
住　　所	FAX
TEL	担当医師名　　印

検査日	年　　月　　日 (　　) ☐ AM ☐ PM　　:	技師名

検査部位　　読影 ☐ 有 ☐ 無　　フィルム枚数　半切　枚

○頭部	○胸部	○骨盤腔	○四肢
☐ 天幕上下部	☐ 縦隔	☐ 股関節(右・左)	(右 ・ 左)
☐ 眼窩部	☐ 肺野	☐ 前立腺	☐ 肩関節
☐ 副鼻腔	☐ 大血管	☐ 膀胱	☐ 上腕部
☐ 中耳	☐ 心臓	☐ 子宮	☐ 肘関節
☐ MRA	☐ 乳房	☐ 卵巣	☐ 前腕部
☐	☐	☐	☐ 手関節
○頚部	○腹部	○椎体	☐ 手　部
☐ 耳下腺	☐ 肝・胆	☐ 頚椎・頚髄	☐ 大腿部
☐ 顎下腺	☐ 膵・脾	☐ 胸椎・胸髄	☐ 膝関節
☐ 咽頭・喉頭	☐ 副腎・腎	☐ 腰椎・腰髄	☐ 下腿部
☐ 甲状腺	☐ 大血管	☐ 仙尾部	☐ 足関節
☐ MRA	☐ MRCP	☐	☐ 足　部
☐	☐	☐	☐

検査方法	造影剤
☐ Plain	☐ ﾏｸﾞﾈｽｺｰﾌﾟｼﾘﾝｼﾞ(　　) ml
☐ CE	☐ EOB・ﾌﾟﾘﾓﾋﾞｽﾄｼﾘﾝｼﾞ(　　)ml
☐ Plain+CE	☐ ﾎﾞｰｽﾃﾞﾙ内用液10
☐ Dynamic	

特記事項

身長　　cm

体重　　kg

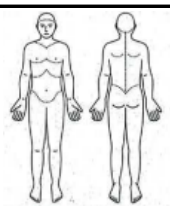
MRI検査チェックリスト

○心臓ペースメーカー	(☐有・☐無)	○脳脊髄刺激電極	(☐有・☐無)	
○人工内耳	(☐有・☐無)	○体内ステント・カテーテル	(☐有・☐無)	部位 (　　)
○義眼	(☐有・☐無)	○体内金属	(☐有・☐無)	部位 (　　)
○妊娠の可能性	(☐有・☐無)	○閉所恐怖症	(☐有・☐無)	
○手術歴	(☐有・☐無)	手術日 (　　)	部位 (　　)	

MRI造影剤を希望する場合は必ず記入をお願いします

○過去にMRI造影剤の経験	(☐有・☐無)	副作用 (☐有・☐無)	内容(　　)
○気管支喘息やアレルギー歴	(☐有・☐無)	内容 (　　)	
○重篤な腎機能障害	(☐有・☐無)	血清クレアチニン値 (　　mg/dL)	
○現在授乳中	(☐有・☐無)		

MRI検査の目的・既往歴(必須)



※参考資料・・・ 無 ・ 有 (X-P ・ CT ・ MRI ・ 心電図記録 ・ 検査記録) 返却 (要 ・ 不要)

公費負担者番号		保険者番号	
受給者番号		記号・番号	
医療費負担者割合	☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割	資格取得日	年　　月　　日
		被保険者との続柄	本人・家族・世帯主(　　)

※保険証のコピーでも結構です。