

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

T E L

住 所

F A X

T E L

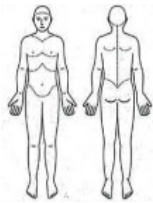
担当医師名

印

技師名	
検 査 日	年 月 日 () ☐ AM ☐ PM :
検査部位	
読影 ☐ 有 ☐ 無	
フィルム枚数 半切 枚	
造影剤	
☐ マグネスコブシリンジ () ml	
☐ EOB・ブリエビストシリンジ () ml	
☐ ボーデル内用液10	
身長	
cm	
体重	
kg	
特 記 事 項	

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								
※保険証のコピーでも結構です。										被保険者との続柄	本人・家族・世帯主 ()								