

東札幌病院 MRI検査依頼書・診療情報提供書

御依頼医療機関名：		御依頼医師	
電話番号：		実施年月日 年 月 日	
FAX番号：		来院時間 時 分	
ID： フリガナ 患者氏名 ☐ 男 ☐ 女		検査時間 時 分	
生年月日 年 月 日		スキャン部位 ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部縦郭 ☐ 両乳房（腹臥位） ☐ 右乳房（仰臥位） ☐ 左乳房（仰臥位） ☐ 心臓（機能 壁運動 バイアビリティ） ☐ 肝臓 ☐ MRCP ☐ 腎 ☐ 副腎 ☐ 骨盤 ☐ 前立腺 ☐ 子宮 ☐ 膀胱 ☐ 椎体（頸椎・胸椎・腰椎） ☐ 肩（右・左） ☐ 股関節（右・左） ☐ 膝関節（右・左） ☐ その他（ ） 追加 MRA（ ☐ 頭部 ☐ 頸部 ）	
ご住所：			
電話番号：		☐ 単純 ☐ 造影 ☐ ダイナミック	
身長 cm 体重 kg		注意：心臓ペースメーカーを植え込まれている方は検査できません	

※造影検査の場合は必ずご記入ください

腎機能異常	☐ 無 ☐ 有 採血日 年 月 日（検査日3か月以内） 血清クレアチン（ mg/dl） eGFR（ ml/min/1.73m ² ）
造影剤副作用	☐ 無 ☐ 有（薬剤名）
アレルギー	☐ 無 ☐ 有（ ）
感染症	☐ 無 ☐ 有（ ）
喘息	☐ 無 ☐ 有 ※喘息がある場合、単純撮影に変更させていただきます

臨床診断名	
検査目的 ※読影上必要ですので、必ずご記入ください	
検査予約は、東札幌病院 放射線科へ電話にてお申し込みください（TEL：011-555-3347） （月～金：9:00～17:00、土：9:00～12:00）	
検査当日、御用意いただくもの	・本書（検査依頼書） ・健康保険証（マイナ保険証） ・「説明・承諾書」（造影の場合） ・お持ちの方は、受給者証等