

東札幌病院 MRI検査依頼書・診療情報提供書

[illegible]

※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)	感染症	☐ 無 ☐ 有 ()
アレルギー	☐ 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） ・「説明・同意書」 ・健康保険証（マイナ保険証） ・お持ちの方は、受給者証等