（浜松町メディカルクリニック行）

診療情報提供書（兼ＭＲＩ検査依頼票）

予約電話 03-6809-2152

医療法人社団生栄会
浜松町メディカルクリニック
担 当 医 殿

平成　　年　　月　　日

依頼元医療機関
所在地
電話番号
科　医師氏名　　㊞

ふりがな		男・女			
患者氏名					
生年月日	大正・昭和 平成　年　月　日（　才）		患者番号		
住所	〒　－		電話（自宅）　－　－ （携帯）　－　－		

検査予約日時　　月　　日（　　曜日）　午前 午後　　時　　分

頭部
- ☐ **脳（ルーチン）**
- ☐ 脳（脳幹部中心）
- ☐ 脳（下垂体中心）
- ☐
- ☐ 副鼻腔
- ☐ 内　耳
- ☐ ＭＲＡ
- ☐ ＶＳＲＡＤ

整形部位
- ☐ 頸　椎
- ☐ 胸　椎
- ☐ 腰　椎
- ☐
- ☐
- ☐ 下肢ＭＲＡ
- ☐ 肩関節（右・左）
- ☐ 肘関節（右・左）
- ☐ 手関節（右・左）
- ☐ 股関節（右・左）
- ☐ 膝関節（右・左）
- ☐ 足関節（右・左）

頸部等
- ☐ **頸部ルーチン**
- ☐ 甲状腺
- ☐ 唾液腺
- ☐ ＭＲＡ（標準）

胸部
- ☐ **胸部ルーチン**
- ☐ 乳腺
- ☐
- ☐ ＭＲＡ

腹部
- ☐ **腹部ルーチン**
- ☐ ＭＲＣＰ（非造影）
- ☐
- ☐ ＭＲＡ（標準）

骨盤
- ☐ **骨盤ルーチン**
- ☐ 膀　胱
- ☐ 前立腺
- ☐ 婦人科臓器

上記以外の部位または特別指示

○ＭＲＩ検査に当たっての確認事項
（必ずご確認下さい）

①心臓ペースメーカー植え込み　なし・あり → 検査不可

②その他の体内金属（ｸﾘｯﾌﾟ，義眼等）　なし・あり
具体的に（　　）→素材によっては検査不可の可能性

③入れ歯（磁石で固定するタイプ）　なし・あり
具体的に（　　）→素材によっては検査不可の可能性

④検査部位周辺の入れ墨　なし・あり
部位（　　）→画像が一部乱れる事があります

⑤喘息、小児喘息の既往　なし・あり →
⑥クレアチニン値1.5以上　なし・あり →「あり」の場合造影不可
⑦人工透析治療　なし・あり →

⑧閉所恐怖症の有無　なし・あり

⑨妊娠の有無　なし・あり

紹介目的・傷病名・病状経過・既往歴・服薬内容など

体　重：　　kg

○検査結果
1．画像データ　☐ 不要　☐ ＣＤ-Ｒ　☐ フィルム
2．読影レポート　☐ 不要　☐ 必要

※フィルム・CD-Rは検査当日患者様にお渡し致します
※放射線科医による読影レポートを後日郵送にてお届け致します