

診療情報提供書 (MRI検査依頼書)

昭和医科大学横浜市北部病院

北部病院 ID:		感染症			
フリガナ		HBs 抗原 (+ - 未)			
患者氏名 :		HCV 抗体 (+ - 未)			
生年月日 :		血清梅毒反応 (RPR TPLA)			
(明・大・昭・平・令) 年 月 日		MRSA (+ - 未)			
性別 男・女 身長 cm 体重 kg		HIV抗原・抗体 (+ - 未)			
		その他 ()			
依頼医療機関名 :		出力方法			
TEL(- -)		CD-ROM ・ フィルム			
依頼医師 :					
【医療機関記入欄】					
検査予定日: 年 月 日 午前・午後 時 分					
臨床診断(病名) (病名は日本語で適切に記載願います)					
臨床経過／検査対象病名／検査目的					
ガドリニウム造影剤副作用歴:(有, 無) 喘息:(有, 無) 閉所恐怖症:(有, 無) (小児喘息含む) 薬剤アレルギー:(有, 無) 妊娠:(+, -)					
※副作用歴、喘息(小児喘息含む)のある方患者さんは単純検査となります。 ※閉所恐怖症のある方は検査を行えない場合があります。※妊娠の可能性のある患者さんは検査を行えない場合があります。 ※腹部と骨盤部の検査は、検査前から3時間程度の食止めを行って下さい。					
検査の部位を○で囲んで選択してください。					
脳 顎関節 胸部 脳血管 頸髄 ミギ上肢(部位:) 下垂体 頸部 乳房 頸部血管 胸髄 ヒダリ上肢(部位:) 聴器 副鼻腔 上腹部 胸部血管 腰髄 ミギ下肢(部位:) 眼窩 骨盤 MRCP 上腹部血管 股関節 ヒダリ下肢(部位:) 骨盤部血管					
禁忌チェック		心臓ペースメーカー:(有, 無) 除細動器:(有, 無) 人工内耳:(有, 無) スtent:(有, 無) 非磁性体と確認できない脳動脈瘤止血クリップ:(有, 無) シヤントバルブ:(有, 無) その他() ※心臓ペースメーカー、除細動器を挿入されている患者さんの検査は受け入れておりません。			
造影 (下記を○で囲んで選択してください。)		血清クレアチン mg/dl			
有り 無し		(採血日: 年 月 日)			
「有り」を選択した場合はCT又はMRIの「検査及び造影剤の説明と同意書」に準じて患者様の同意を得て下さい。 ※臨床診断、検査目的から放射線科医が造影検査を不必要と判断した場合は、単純検査とさせていただきます。		クレアチンが未記入、または採血日から半年以上経過している場合、造影剤は使用せず単純検査となります。			