

MRI検査

紹介状（診療情報提供書）		平成	年	月	日
紹介元医療機関名称					
住所			TEL・FAX		
医師名 ⑩					
フリガナ		性別		生年月日	
患者氏名		男・女		M・T・S・H 年 月 日	
診療情報					
※ <input type="checkbox"/> 別紙あり					

頭部
脊椎（頸椎 胸椎 腰椎）
上腹部（肝臓 胆のう 膵臓 腎臓）
下腹部（前立腺 膀胱 子宮・卵巣）
骨盤 股関節
上肢（肩関節 肘関節 手関節）
下肢（膝関節 足関節）
<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり
その他（ ）

体内金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合は、ご記載下さい
★心臓ペースメーカー・人口内耳は検査不可★
※女性の方 妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
★ありの場合は、安全性を優先し検査不可★
入れ墨 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※ありの場合は、低温やけどの可能性

単純	造影
※造影の場合	
•過去にMRIで造影剤を使用する検査をうけた事がありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
※ありの場合は、造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
•クレアチニン値(3ヵ月以内のもの) mg/dl ★腎機能が著しく低下している場合は、造影不可★	

予約検査日 月 日 検査時間 時 分

検査日当日、患者様に紹介状としてお渡し下さい
※個人情報については、医療連携の目的のみに利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています

社会医療法人彩樹 豊中緑ヶ丘病院 TEL:06-6849-2527 (地域医療連携室)
FAX:06-6858-1443