

MRI 検査申込書（診療情報提供書） 【医師会病院提出用】

予約受付日 年 月 日

鹿児島市医師会病院

紹介元医療機関

所在地及び氏名

科

電話番号

先生

医師氏名

印

患者名	フリガナ			患者	〒
	氏名			住所	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年 月 日	電話番号	()
			才	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業

検査日	年 月 日
-----	-------

臨床診断	※太枠内の記入は依頼医にて確実にお願いします。記入漏れにより検査不能な場合があります。なお、体内にペースメーカー他、材質不明な金属がある場合検査できません。 ※化粧、入れ墨等は火傷の可能性があるので、検査できない場合があります。 ※食事（基本的に絶飲食） 午前中の検査…前夜午後9時より 午後からの検査…当日午前9時より ※検査は月～金曜日に予約制で行っています。 ※必要がある場合は、過去の検査データ、その他の資料も同時に提出してください。
検査目的・検査部位（基本的に1検査1部位に限定します）	
病歴、現症、他の画像診断などMRI検査に至った経緯を簡単にご記入ください	
既往歴	

アレルギー疾患: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	過去MRI <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
感染: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
腎機能測定日: 年 月 日	Creatinine mg/dl eGFR

チェック	患者状態
心臓ペースメーカー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	出診: <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
人工骨頭・関節・内耳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	安静: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 鎮静 (<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要)
義手・義足・義眼・義歯・避妊クリップ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	仰臥位: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
ステント <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	閉所恐怖症: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
商品名 (<input type="checkbox"/> 非磁性 <input type="checkbox"/> 磁性)	てんかん: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
手術歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位 ()	妊娠(女性のみ): <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
心臓人工弁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 種類 ()	点滴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
体内クリップ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位 ()	ドレーン: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
その他:	その他: