

MRI検査依頼書(診療情報提供書)

記入日： 年 月 日

町田市民病院
放射線科 宛
FAX:042-722-2290
受付:平日9時～16時30分
(受付終了後は翌業務日対応)

医療機関名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	
医師名	

ふりがな		当院受診歴	あり ・ なし	わかれば診察券番号
患者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)	
電話番号		性別	男 ・ 女	
MRI予約コード	※現在、造影検査は受け付けておりません ()		単純のみ ※現在、造影検査は受け付けておりません	
都合の悪い日	※ご都合の悪い日があればご記入ください			

部位	※当院予約コード表を確認し、部位をご記入ください () ※腹部系(コード番号700番台、800番台)は 検査前3時間の食止めをお願いします		
病名			
検査目的 病歴等			

ペースメーカー、埋込型除細動器(ICD) 脳深部刺激装置、脊髄刺激装置、人工内耳		※左記のいずれかを使用している場合は検査を行うことができません	
妊娠	あり ・ なし	※安全性が確認されていないため、ありの場合は検査を行うことができません	
糖尿病関連器材	あり ・ なし	□リブレ □インスリンポンプ → □撮影前に外すことを了承した ※撮影時に器材を外せない場合、検査を行うことができません	
その他の体内金属	あり ・ なし	() ※撮影できない場合がありますので不明な場合はお問い合わせください	
問診票確認	当院問診票の項目中に検査が不可となるような事項がないことを確認の上 右欄にチェックをお付けください ※不明な場合はお問い合わせください		□ 確認済

※ 以下は、造影検査予約の場合の必須項目となります(単純検査の場合は必要ありません) ↓

喘息	あり ・ なし	ありの場合、造影検査を行うことができません
腎機能障害	あり ・ なし	※ 3ヶ月以内の血液データをご記入ください 採血日 年 月 日 eGFR値 (ml/min/1.73m ²) ・ 血清クレアチニン値 (ml/dl) (eGFRが30未満の場合、造影検査を行うことができません)
【その他 アレルギーなどありましたら、こちらにご記載ください】		