

FAX番号 0120-73-0808 または 06-6840-0808  
MRI検査依頼書/診療情報提供書

予約日時	年	月	日 ( )	午前	・	午後	時	分
フリガナ				ID				
氏名	男・女			生年月日	M・T S・H	年	月	日
患者様連絡先	携帯電話 ( )	—	TEL ( )	—				
紹介医療機関名 (住所は記載不要)	電話番号	所見等FAX番号						
診療科・担当医	科							先生
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 骨盤	
	<input type="checkbox"/> 膝関節 ( R・L )	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 乳房	<input type="checkbox"/> 他 ( )				
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> 造影:	<input type="checkbox"/> 他 ( )				

<b>造影検査必須事項</b>	血清Cr値 (施行予定日から3ヶ月内)	mg/dl (採血日 / )
*Cr値により算出するeGFR値が30未満 (腎機能高度低下) の場合、造影検査はできません。ご予約時等お電話でご確認いただけます。		
造影検査除外事項	<input type="checkbox"/> 造影剤による副作用歴 <input type="checkbox"/> 1年以内の喘息発作 <input type="checkbox"/> 1年以内のてんかん・けいれん発作	
診断名		
検査目的・現病歴・検査結果など		

受診者情報	所属	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中:	身長・体重	cm	kg
	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	酸素	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	ℓ
	感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> WR <input type="checkbox"/> 他:			
検査結果 配達希望日	月	日	時まで	<input type="checkbox"/> 所見出来次第FAX希望	

※依頼用紙をご記入後、施行日の前日15時までに上記FAX番号へご送信下さい

医療法人 仁泉会 MIクリニック 〒560-0004 大阪府豊中市少路1-12-13 電話 06-6840-0100