

検査依頼票-Cは、03-5888-9188 へ FAX して下さい。当日持参してください

C

社会医療法人社団 医善会
いずみ記念病院

©2013 Izumi Memorial Hospital

MRI検査依頼票-C

(診療情報提供書) 患者持参用

紹介元医療機関名 (ゴム印可)

所在地

電話番号

診療科名 _____ 科 医師氏名 _____

患者情報

保険種類: ☐国保 ☐社保 ☐後期 ☐生保 ☐自費 ☐労災

貴医療機関 カルテ番号:

氏名: _____ 男・女 生年月日: M T S H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

連絡先: 携帯・自宅・勤務先 (_____) _____

予約日時 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

検査・造影区分 ※アレルギー、喘息、妊娠、Cr高値の方は造影不可

造 影 【有・無・一任する】

検査前 確認事項

来院の前に下記の事項について、患者様とご確認ください。[有]の項目が1つ以上ある場合は、検査ができないことがあります。なお、不明な点は電話にてお問い合わせください。

[問い合わせ番号0120 -588 -804]

患者体重 _____ kg

体内埋め込み型医療機器・金属 (ペースメーカー、除細動器、置き針など)

[有・無] 検査不可

人工内耳・中耳

[有・無] 検査不可

脳動脈クリップ、人工弁、ステント

[有・無] 原則検査不可、材質確認

材質不明の人工関節や整形手術による金属類

[有・無] 原則検査不可、応相談

歯科治療による金属、矯正器具、磁石埋め込み式義歯

[有・無] 安定性低下など、応相談

刺青、アートメイク

[有・無] 退色や熱傷の恐れあり

妊娠初期3ヶ月以内もしくは妊娠の可能性

[有・無] 危険性未確立、検査不可

閉所恐怖症

[有・無] 検査不可

造影 [有] の場合

過去に造影剤による副作用を起こしたことがありますか

[有・無] 原則禁忌、内容確認

喘息の既往はありますか

[有・無] 原則禁忌

腎臓の病気はありますか (Cr値 _____ mg/dl)

[有・無] 1.5mg/dl以下が目安

現在 授乳中ですか

[有・無] 検査後48時間授乳禁止

感染症はありますか (肝炎、HIV、梅毒など)

[有・無] 検査手技情報として必要

上記の確認事項に相違ありません。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

確認医師署名:

患者署名: