

(様式3)

日立総合病院 MRI検査依頼書

(地域医療連携室 FAX : 0294-23-8412)

ふりがな 患者氏名 性別・生年月日	男 女 年 月 日 (歳)	紹介元 医療機関名	
患者住所	〒 -	医師名	
電話番号		電話番号 Fax番号	() - () -
		申込日	年 月 日

当院患者番号	なし	あり (-)
検査 希望日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日

* 検査の読影結果で医療機関に至急ご連絡をする場合がございますので、検査日時は貴院の休診日以外でのご予約となります。また、検査当日、当院を緊急受診する場合は、紹介状作成をお願いすることがあります。

検査種別・検査部位 (必ず1個のレ点をつけてください)	
検査種別	単純 ・ 造影
頭部	頭部 + MRA (頭部及び頸部) 眼窩 下垂体 副鼻腔 内耳 頭部 (造影・MRA含まず) 頸部
胸部・腹部	縦隔 心臓 乳腺 肝臓 MRCP 膵臓 腎臓
骨盤部	前立腺 子宮・卵巣 直腸
脊椎	頸椎 胸椎 腰椎 仙骨 尾骨
四肢	左右 (みぎ ・ ひだり) 肩関節 上腕骨 肘関節 前腕 手関節 手 股関節 大腿骨 膝関節 膝関節 (軟骨評価) 下腿骨 足関節 足 下肢動脈MRA

* 造影検査については血液データの提出が必須となっています

血清クレアチニン値	e-GFR値
-----------	--------

* 1.2ml/dl以上は造影できません

* 30ml/min/1.73㎡未満の場合は造影できません

問診 (単純)	心臓ペースメーカーや刺激電極などを身につけている	(はい ・ いいえ)
	体内にMRI非対応の人工関節・プレート・ステントがある	(はい ・ いいえ)
	MRI対応金属がある 対応T (テスラ) 数	(1.5T ・ 3.0T)
	入墨がある	(はい ・ いいえ)
	妊娠初期である	(はい ・ いいえ)
問診 (造影)	喘息がある	(はい ・ いいえ)
	透析中である	(はい ・ いいえ)

* 問診に「はい」がある場合は、検査できません

(以下) 日立総合病院・事務記入欄

検査日	/	時間			
連携室返信	済 ・ /	検査枠調整	済 ・ /	オーダー発行	済 ・ /
対応者		対応者		対応者	