**MRI検査依頼書・診療情報提供書**

医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　外来・入院　　診療科（　　　　　　　　　　科）

主治医（　　　　　　　　　　　　　）先生

電話（　　　）　　　－　　　 FAX（　　　）　　　－

**年　　月　　日 （　　曜日）午前・午後　　　　時　　　　分**

**検査日時**

フリガナ

**氏名　　　　　　　　　　様**　男・女

**体重： 　　　 　 Kg**

M・T・S・H　　年　　月　　日生（　　）歳

* 頭部　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 頚部　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 胸部 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 上腹部（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 骨盤部（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 脊椎 （ 頚椎・胸椎・腰椎 ）（　　　 　　　 ）
* 関節　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 四肢　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* MRCP（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

具体的指示欄 ：

□独歩 　 □車椅子 　 □担送

検査部位

京都博愛会病院　　放射線科　　MRI室

検査目的：

□ 単純のみ □ 単純＋造影

□ 造影のみ □ Dynamic

□ MRA □ 単純＋Dynamic

ペースメーカー　：　有・無

義歯　　　　 　：　有・無

体内金属物　　　：　有・無

　部位（　　　　）種類（　　　　）

付属物　　　　　：　有・無

　点滴・酸素・ＩＶＨ・ドレーン

その他（　　　　　　　　　　）

アレルギー　　　：　有・無

　　 （　　　　　　　 　　 ）

気管支喘息　　　：　有・無

血清クレアチニン：　　　 　 mg/dl

感染症

　ＨＢｓ抗原 ＋ －　検査中　未

　ＨＣＶ抗体 ＋ －　検査中　未

　ＴＰＨＡ ＋ －　検査中　未

そ　の　他　（　　　　　　　）

臨床経過：現病歴：手術歴：　 　　　　　　　　　　　　　　前回MRI　無・有　(日付　　 　 )

臨床診断：

フィルムレス

(電子画像管理加算算定)

フィルム半切　　枚

造影剤

算定方法

技師