

診療情報提供 MRI (MRCP) 申込書

* 検査予約、お問い合わせは電話でご連絡ください(代表092-921-1011)(専用092-921-0911)

* 検査日時が決定しましたら、申込書・問診票・診療予約票を患者さんにお渡しいただき、当日持参させてください。

MRI (MRCP)

検査日 年 月 日 (曜)

予約時間 午前・午後 時 分

紹介元医療機関

施設名

診療科

担当医師

TEL

FAX

フリガナ		クレアチニン値またはeGFR不明の場合、造影できません		
患者氏名	(男・女)	造影の希望	6か月以内の ・クレアチニン値 または ・eGFR値	クレアチニン値
生年月日	年 月 日生 (才)	有・無		eGFR値
		測定日 (年 月 日)		
検査部位	臨床診断			
検査目的				
		身長 (cm) 体重 (kg)		

病歴・症状経過及び治療経過など

体内金属のチェック項目

○体内金属 : なし あり : 心臓ペースメーカー・体内除細動器・人工内耳・神経刺激装置・水頭症シャントバルブ

※これらは、原則としてMRI検査禁忌になります。

○その他に体内金属があれば、部位、種類と材質をご記入下さい。

[]

※コンタクトレンズ、湿布、貼り薬、入れ歯などは外していただきます。詳しくは別紙の説明書をご覧ください

検査時のチェック項目

○妊娠 : なし あり (週) ○閉所恐怖症 : なし あり
○感染症 : なし あり () HBsAg (+ -) HCV (+ -)
○刺青 : なし あり (熱傷の原因になることがあります)

造影MR検査時のみチェック項目

○以前に造影剤の使用 : なし あり ○MRI造影剤アレルギー : なし あり
○授乳中 : なし あり ○他のアレルギー歴 : なし あり

喘息・花粉症・その他 []

注意① : チェック項目は、依頼医療機関の医師により責任をもって記載をお願いします。

注意② : 記載に不明がある場合は、検査が行えないことがあります。

注意③ : 安全管理のため検査に関する説明書は事前に患者さんへお渡しください。
当院で再度、説明いたします。

福岡大学筑紫病院
地域医療支援センター