画 像 検 査 依 頼 書（ＭＲＩ撮 影 依 頼 用）

医療機関名：

医 師 名 ：

Ｔ Ｅ Ｌ：

Ｆ Ａ Ｘ：

高松医療センター
地域医療連携室
TEL：087－841-2162
FAX：087－841-2178

☐ 検査希望日　　令和　　年　　月　　日　午前・午後　　時頃

☐ 当日検査希望　　午前・午後

※造影検査は（月）・（木）曜日14時です。30分前に来院いただく必要がございます。

フリガナ 患者氏名	姓）	名）	生年月日	大・昭 平・令　年　月　日
			性 別	男 ・ 女
検査結果について	☐ CDを患者様へお渡し		☐ CDを貴院へ郵送	
臨床診断名 （疑いを含む）				
紹介目的 臨床経過 検査結果等	※診療情報提供書を添付の場合は、下記のご記入は不要です。 ☐画像診断のみ希望			
検査部位	☐ 頭部	☐頭部 ＋ MRA	☐ 頸部	
	☐ 頸椎	☐ 胸椎	☐ 腰椎	
	☐ 肩関節（ 右 ・ 左 ）	☐ 肘関節（ 右 ・ 左 ）	☐ 手関節（ 右 ・ 左 ）	
	☐ 股関節（ 右 ・ 左 ）	☐ 膝関節（ 右 ・ 左 ）	☐ 足関節（ 右 ・ 左 ）	
	☐ 腹部	☐ 骨盤腔	☐ MRCP	
	☐ その他（		）	
造影検査	☐ 無 ☐ 有 ： 直近3ヶ月以内のクレアチニン値をお知らせください			
検査必須問診 （体内金属等について）	☐ 無			
	☐ 体内の埋め込み型電子機器 （インスリンポンプ・ペースメーカー等）		☐刺青	
	☐ 持続グルコース測定器 （チェックがある場合：☐除去して撮影可）		☐妊娠	
	☐ 閉所恐怖症	☐その他の体内金属（	）	
造影検査問診 ※造影検査希望時にご記入ください	・造影剤アレルギー（ 有 ・ 無 ） ※造影剤アレルギーのある方は造影検査ができない場合がございます。 ・現在治療中の気管支喘息（ 有 ・ 無 ） ・腎不全 （ 有 ・ 無 ） ※上記以外にも造影検査にあたって注意が必要な場合はお申し出下さい。			

※所見は毎週水曜日の作成となります。