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

☐ 当日検査希望　　午前・午後

フリガナ 患者氏名	男 女	生年月日	Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日
CD	☐本人渡し　　☐貴院へ郵送		
臨床診断名 （疑いを含む）			
検査目的			
検査部位	☐ 頭部　☐ 頭部＋MRA　☐ 頭頸部MRA ☐ 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（　　）		
問診	☐ ペースメーカー　☐ 妊娠　☐ 閉所恐怖症　☐ 刺青 ☐ 体内金属（　　）		
造影検査 必要な場合は チェックして下さい	☐ 要 ： 直近3ヶ月以内のクレアチニン値をお知らせ下さい。 ※ダイナミックMRIは実施しておりませんのでご了承下さい。	造影検査 月・木 14時～ (30分前に来院下さい)	
造影剤問診 造影検査希望時に ご記入下さい	☐ 造影剤アレルギー既往あり　☐ 造影剤アレルギー既往なし ※造影剤アレルギーのある方などは造影検査ができないことがございます。 ☐ アレルギー（　　） ☐ 気管支喘息　☐ 腎不全 ※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。		

※ 簡単で構いませんので診療情報提供書も一緒にFAXをお願いします。
※ 所見は基本、毎水曜日の作成となります。