

# MRI CT 検査依頼票(診療情報提供書)

紹介先医療機関

広島市立リハビリテーション病院

◆ TEL : 082-849-2853

◆ FAX : 082-849-2853

医療機関名

所在地

御担当医

TEL

|      |                 |       |
|------|-----------------|-------|
| 検査日時 | 年 月 日 ( ) 午前・午後 | 時 分   |
| フリガナ | 性 別             |       |
| 患者氏名 | 様               | 男・女   |
| 生年月日 | M・T・S・H         | 年 月 日 |
| TEL  |                 |       |

◆ 検査部位： ○ で囲ってください

頭部(MRI/MRA) 頭頸部(MRI/MRA)

胸部・腹部・骨盤部 CT

頭部 CT

頸部CT

骨盤部 股関節 MRI

頸椎・胸椎・腰椎・仙骨 (MRI・CT)

左・右 膝・足関節・肩・肘・手関節 (MRI・CT)

その他 ( ) (MRI・CT)

◆造影 なし あり

※ありの場合同意書をお願いします。(別紙)

◆画像提供方法

フィルム CD

傷病名

症状経過

その他(既往歴・処方薬など)

※特に希望される撮影があればご記入ください。記入が無い場合は、当院のルーチンで撮影いたします。

## ◆MRI検査依頼時 チェック項目

|               |                             |                             |      |
|---------------|-----------------------------|-----------------------------|------|
| ペースメーカー挿入     | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 絶対禁忌 |
| MRI対応ペースメーカー※ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 絶対禁忌 |
| 人工内耳          | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 絶対禁忌 |
| 神経刺激装置        | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 絶対禁忌 |
| 妊娠(女性の方)※※    | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 検査不可 |
| 脳動脈瘤クリップ      | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |      |
| その他体内金属       | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |      |
| 金属作業の経験       | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |      |
| 手術歴           | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |      |

※体内金属ありの場合同意書をお願いします。(別紙)

## 手術内容

その他の疾患 ☐なし ☐あり  
詳細 ( )

## ◆造影検査依頼時 チェック項目

|                    |                             |                             |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 造影剤使用歴(CT/MRI/その他) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 気管支喘息              | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| アレルギー体質            | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 腎機能障害              | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 採血の日付( 年 月 日)      |                             |                             |
| 血清クレアチニン値          | mg/dl                       |                             |
| eGFR               | ml/min/1.73                 |                             |
| 糖尿病                | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| メトホルミン内服           | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| βブロッカー内服           | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 心機能障害              | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 重篤な甲状腺機能亢進症        | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 肝障害                | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 妊娠または授乳中           | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |

※MRI対応ペースメーカーを挿入された患者でも当院ではMRI検査出来ません。

※※妊婦のMRI・CTの検査は当院では施行しません。