

高度医療機器利用申込書兼診療情報提供書( MRI・MRA )  
( 頭部・頸部・胸部・腹部・脊椎・上肢・下肢 )

令和 年 月 日

依頼元病院・診療所名

依頼元医師ご氏名

連絡先 FAX - - TEL - -

●患者様情報

フリガナ		男 ・ の 女 他	大正・昭和・平成・令和
患者様氏名			年 月 日生
患者様電話番号	( )	別紙問診表に患者様の身長・体重をご記入願います	
検査希望日時	本日・		
病名または疑診名	日本語でお願いします		

- 体内金属(脳クリップ、歯科インプラント、心臓人工弁、ステント、骨接合プレート、人工骨頭/関節、刺青など)のある方  
小児、妊婦は原則1.5Tとなります。
- 頭頸部、下腹部は3.0Tに、胸部、上腹部、脊椎、四肢は1.5Tに原則なっていますが、場合によっては変更する  
場合もございます。ご了承ください。

●検査依頼目的と臨床所見(必ずご記入ください。)

造影剤使用時の必須確認項目			
1) eGFR値	検査日	年	月 日
血清クレアチニン値	mg/dl	(3ヶ月以内の採血データをご記入ください)	
2) 気管支喘息の有無	あり	・	なし
3) MRI造影剤副作用歴の有無	あり	・	なし

(1から3の記入がないと造影検査ができないことがあります)

MRI ( 単純・造影・単純+造影 ) MRA ( 単純・造影 ) 撮影方法及び部位を○で囲んでください

頭部系	頸部系	胸部系	腹部系		脊椎系	上肢系	下肢系
頭部	頸部	胸部	上腹部	肝EOB	頸椎	肩関節	股関節
頭部血管	甲状腺	心臓	下腹部	腹部大動脈	胸椎	上腕部	大腿部
下垂体	頸部血管	乳房	腎臓	子宮・卵巣	胸腰椎移行部	肘部	膝関節 右・左
眼窩部	※頸椎ご希望 の場合は「脊 椎系」⇒よりお 選び下さい	胸部大動脈	副腎	腹部胎児	腰椎	前腕部	下腿部
副鼻腔			前立腺		骨盤	手関節	足関節
聴器			精巣		仙尾骨	手部	足部
下顎部			膀胱			上肢血管	踵部
顔面			MRCP	MRCPボースデル			下肢血管
頭部VSRAD			MRU				

- お申し込み受付後、地域連携室より「検査予約票」を返送いたします。到着後、お手数ですがそちらを  
患者様へお渡しください。また造影検査の場合は、別途「造影剤投与に関する同意書」もご用意ください。

●中央病院処理欄

患者ID	使用歴あり・新規	-	-
予約日時	月	日( )	時 分~
			月 日 受付