

FAX送信先:078-912-2362

《紹介元情報》

医療機関名		医師名	
住所	〒		
電話番号	()	FAX番号	()

画像はCD-Rで当日お渡しします
(または 郵送)
レポートは後日郵送します
 FAX要

《患者情報》

氏名	フリガナ	明石市立市民病院受診歴	有 ・ 無
	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 () 歳
住所	〒		TEL ()

検査予定日 年 月 日 (曜) AM・PM 時 分

MRI検査 MRI用問診票を用意しております。ぜひご利用ください。

検査前チェックリスト (有) の場合は部位・時期等 具体的にご記入ください []

- ・心臓ペースメーカー、埋め込み型電気刺激装置 (無 ・ 有) * 有の場合はMRI禁忌です。条件付MRI対応ペースメーカーの場合はお問い合わせください。
- ・脳動脈クリップ (無 ・ 有) ・管腔内ステント、コイル (無 ・ 有) ・その他体内金属異物 (無 ・ 有)
- ・入れ墨 (無 ・ 有) ・閉所恐怖症 (無 ・ 有) ・妊娠 (無 ・ 有)

* 造影剤使用 [無 ・ 有]
有の場合は、造影検査の同意書を取得し、主治医の署名あるいは捺印の上、検査当日に持参をお願いします。

- 検査部位
- 脳 (MRA) 頭頸部 () 頸部 胸部・背部 () 両側乳腺造影
 - 頸椎 胸椎 胸腰椎移行部 腰椎 その他脊椎 ()
 - 骨盤 【 婦人科骨盤 (子宮 / 卵巣) 前立腺 膀胱 その他骨盤部 () 】
 - 四肢 () 下肢非造影MRA その他 ()
 - 上腹部 【 MRCP Dynamic 肝細胞性造影剤 その他上腹部 () 】

CT検査 医療被ばくに関する説明をお願いします 放射線被ばくの説明 済

* 造影剤使用 [無 ・ 有]
有の場合は、造影検査の同意書を取得し、主治医の署名あるいは捺印の上、検査当日に持参をお願いします。

- 検査部位
- 頭部 () 頸部 胸部 上腹部 全腹部 骨盤部 四肢 ()
 - 心臓 [* 心臓検査のみ β ブロッカー使用 可 不可] その他 ()

RI検査 * 予約時に前処置の内容をご確認ください

- 心筋シンチ 脳血流シンチ 骨シンチ ガリウムシンチ
- * 喘息 (無 ・ 有) (¹²³I-IMP 定性)
- 運動負荷 DATシンチ その他 ()
- 薬物負荷

臨床診断

検査目的

臨床経過

* CT・MRI造影剤使用時は 3ヶ月以内の 血清クレアチニン値 または eGFR値 採血日 年 月 日