

MRI 検査依頼票（診療情報提供書）

予約申込方法	①お手数ですが、お電話でお申込み頂き、検査予約をお願いします。
	②予約後、この用紙(検査依頼票)を記載、FAXして頂き、患者様にお渡しください。コピーを貴院でお控えください。
	③単純、造影に係わらず体内金属等問診票を記載、FAXして頂き、患者様にお渡しください。
	④造影検査は、同意書を記載、FAXして頂き、患者様にお渡しください。コピーを貴院でお控えください。
	⑤腹部領域の撮影および造影検査について、検査当日は食止め頂きますよう、患者様にご指示ください。
	⑥造影剤使用については当院担当医の判断で検査できない場合があることを患者様にお伝えください。
	⑦検査当日は予約時間の30分前には来院、受付を済ませて頂きますよう、患者様にお伝えください。
	⑧検査終了後に当院で会計を実施します。健康保険証をご持参頂きますよう、患者様にお伝えください。
	⑨読影レポートは翌13時までにはFAX、後日郵送します。読影レポートの返却をもって、診療情報提供書の返書とします。

＜太枠内をご記入ください＞

検査日		年	月	日	予約時間	時	分
患者情報	(フリガナ)				生年月日	年	月 日
	氏名				性別(年齢)	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女()歳
医療機関情報	医療機関名						
	住所						
	電話番号						
	医師署名						(印) (自署以外は捺印をお願いします)
検査部位・手技	具体的な部位・臓器等をご記入ください				<input type="checkbox"/> 単純撮影 → <input type="checkbox"/> 体内金属等問診票をご記入ください <input type="checkbox"/> 腹部系は食止め指示		
					<input checked="" type="checkbox"/> 造影撮影 → <input checked="" type="checkbox"/> 体内金属等問診票をご記入ください <input checked="" type="checkbox"/> 造影剤使用問診票・同意書記入(自署) <input checked="" type="checkbox"/> 食止め指示(造影剤説明書にチェック) <input checked="" type="checkbox"/> 以下の項目をご記入ください <input checked="" type="checkbox"/> 血清クレアチニン値 ()mg/dl ・3ヶ月以内の検査値をご記入ください ・検査値により単純撮影となる場合があります		
依頼内容(疑い病名)	主訴・現病歴・臨床所見・治療経過・疑い病名・希望事項等できるだけ詳しくご記入ください						

＜東御市民病院記載欄＞

糸球体濾過量 (e-GFR)	備考	患者番号	撮影技師	読影処理	カルテ添付
(ml/min/1.73m ²)	(機能区分)				