

診療情報提供書（MRI検査依頼書）

申込日（FAX送信日）： 年 月 日



医療法人 溪和会 江別病院

送付先FAX 011-382-2050

溪和会 江別病院 医療連携室 行 / TEL 070-1524-1977

受付：平日9:00-16:30 / 土(第1,3,5) 9:00-11:30

※FAXは24時間受信可能。受付時間以降は翌診療日に返信します。

紹介元 医療機関名	
郵便番号	
ご住所	
医師名	
TEL	
FAX	

フリガナ		性別	☐ 男 ☐ 女	年齢	歳
患者氏名		生年月日	年 月 日		
電話番号	(※携帯電話番号を優先してご記入ください)				

▶ 受診（検査）日の調整方法 ※いずれか一つをお選びください

日程のご希望： ☐ 当院にお任せ / ☐ できるだけ早い日を希望



☐ ① LINEで当院と患者様が直接調整【おすすめ】

QRコードから当院LINEを友だち追加いただき、「受診日の調整」からご希望日の入力をご案内ください。

↑ LINE公式アカウント

☐ ② お電話で調整（LINEのご利用が難しい方向け）

医療連携室より患者様へ来院日時をお電話します（2診療日程度）。患者様には当院からの電話をお待ちいただくようご案内下さい。

☐ ③ 貴院経由で調整（貴院で希望日を聞き取り→当院が調整→貴院から患者様へご連絡）

☐ 希望日・不都合日なし	患者状況	☐ 外来で待っている ☐ すでに帰宅
第一希望	第二希望	不都合日

病名（主訴）	
病状・検査目的 (読影医に提出します) 記入欄が不足する場合は 別紙に御記入ください	

▶ 検査内容

検査種類	☐ 単純MRI ☐ 単純＋造影MRI ☐ 造影MRI		
検査部位	1 頭部 ☐ 頭部MRI + MRA		
	2 胸部 ☐ 心臓造影MRI ☐ 胸部MRI（単純） ☐ 胸部MRI（単純＋造影）		
	3 上腹部 ☐ 上腹部MRI/MRCP ☐ 上腹部MRI（単純） ☐ 上腹部MRI（単純＋造影）		
	4 下腹部 ☐ 下腹部MRI（単純） ☐ 下腹部MRI（単純＋造影）		
	5 上肢 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 肩関節 ☐ 上腕 ☐ 肘関節 ☐ 前腕 ☐ 手関節 ☐ 手		
	6 下肢 ☐ 右 ☐ 左 ☐ 股関節 ☐ 大腿 ☐ 膝関節 ☐ 下腿 ☐ 足関節 ☐ 足		
	7 椎体 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 全脊椎		
	8 心血管 ☐ 胸部大動脈 ☐ 腹部大動脈 ☐ 下肢動脈 ☐ 下肢静脈		
	9 その他 ☐ ()		
CD-ROM	☐ 検査当日持ち帰り ☐ 後日レポートに添付	読影レポート	☐ 必要 ☐ 不要
特記事項			

▶ MRIチェック項目（必ずご記入ください）

☐ ペースメーカー・除細動器・MRI非対応脳動脈瘤クリップが体内に入っていない

☐ MRI検査が禁忌となる体内金属が入っていない

☐ 右記に該当しない：閉所恐怖症、妊婦、身体への刺青、タトゥー、体内金属片

▶ 造影剤チェック項目（造影依頼時のみご記入ください）

※腎機能確認とアレルギー確認が必要です。確認できない場合、造影MRIはお受けできないことがあります。

腎機能確認	☐ 直近3か月以内の採血値を記載 → eGFR [] / Cr [] / 採血日 [] / []
	☐ 当院での検査当日の迅速Cr測定を希望する
	▶ Cr 1.5 mg/dL以上、eGFR 30未満の場合、原則検査は実施できません。当院より貴院へご連絡いたします。
アレルギー確認	☐ 気管支喘息の治療中ではない（3年以内に喘息発作なし）
	☐ 過去にガドリニウム造影剤による重篤な副作用歴がない

●腹部MRCP検査の際は、当日は水またはお茶とし、検査3時間前から内服以外の水分を控えるように説明をお願いいたします。