

MRI検査 依頼票

患者氏名：	施設名：
生年月日： 年 月 日 男・女	依頼医：
※ 高知医療センターでのID：	電話番号：
	FAX番号：

※高知医療センターでの患者IDは、二回目以降記載して下さい。

検査希望日：	年 月 日 (理由)
	<input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 3週間以内
★ 造 影：	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 必要ならば造影 (造影の場合、問診票も記載して下さい)
★	身長： cm 体重： Kg
	※造影検査をご希望の場合、クレアチニン値 (Cr) をご記入下さい。
	クレアチニン (Cr)： mg/dl 測定日： 月 日
★	ペースメーカー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(禁忌)
★	動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(クリップの種類)
★	人工関節・プレート <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位)
★	その他の体内金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位)
★	閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
★	不整脈 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
★	喘息 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(造影禁忌)

★は必ず記入して下さい。

検査部位：	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> トルコ鞍 <input type="checkbox"/> 内耳道 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 頸部
	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 大血管
	<input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他関節 ()
	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎
	<input type="checkbox"/> 腹部 () <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 副腎
	<input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 前立腺
	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢
	<input type="checkbox"/> その他 ()
	ご要望があれば記載して下さい。
臨床診断：	
主訴・臨床経過・検査目的・コメント：	
検査結果報告方法：	<input type="checkbox"/> 結果・DVDともに郵送 <input type="checkbox"/> 患者手渡し <input type="checkbox"/> 結果のみ先にFAX希望 (正はDVDとともに <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 患者手渡し)
診療予約：	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (希望診療科： 科 医師)
備 考：	

依頼される先生方へのお願い

- (1) 造影の有無、臨床診断、検査部位および結果報告方法の欄は必ず記載して下さい。
- (2) 造影剤の量を決定するために必要ですので、身長・体重を必ず記載して下さい。
- (3) システム上、予約を完了させるためには臨床診断を入力する必要がありますので、「疑い病名」でも結構ですから記載してください。
- (4) 喘息の治療中の患者は造影検査が出来ないことがあります。
- (5) 造影の欄の「必要ならば造影」は、単純撮影後放射線科医の判断で、必要があれば造影を行います。
- (6) 検査依頼票を高知医療センター地域医療連携室にFAXして下さい。
- (7) 検査を中止・変更する場合には地域医療連携室まで連絡して下さい。
- (8) 結果画像出力は原則DVD出力で行います。

連絡先：高知医療センター地域医療連携室
電話：088-837-6700
FAX：088-837-6701