

造影 MRI 検査申込書 兼 診療情報提供書

申込日

20 年 月 日

2026年8月改訂

FAX用

地域医療連携室(0955-46-2160)へFAX をお願いします。

検査の希望日				医療機関名						
① 第一希望	月	日()	時	④ いつでも可	所在地					
② 第二希望	月	日()	時	⑤ その他()	TEL/FAX					
③ 第三希望	月	日()	時		医師名 印					
フリガナ			生年	年	男・女	電話番号				
患者氏名			月	日	月	日()	身長	cm	体重	kg
住所										
検査部位										
検査目的										
既往歴										

ガドリニウム造影剤過敏症	有・無	「有」の場合は、造影不可です。単純検査にて放射線科への予約をお願いします。
造影剤アレルギー	有・無	「有」の場合は、慎重投与です。
気管支喘息	有・無	検査申込書ではなく、診療予約申込書をご利用いただき、当院外来担当医宛にご紹介をお願いします。

◆採血結果 有・無 「有」の場合は採血結果を添付ください。

eGFR値		血清クレアチニン値		採血日	年	月	日
-------	--	-----------	--	-----	---	---	---

※ eGFR値:30未満は、造影不可です。単純検査にて放射線科への予約をお願いします。

患者情報	◆体内金属 (有・無) 金属の部位 () ◆妊娠 (有・無)
	◆感染症 (有・無) ※「有」の場合は詳細を記入をお願いします()

MR確認事項	体内金属	◆ペースメーカーやMR禁忌の体内機器 (有・無) ※「有」の場合は検査施行できません ◆脳動脈瘤クリップや、その他の血管クリップ (有・無) ◆体内留置物(心臓人工弁、ステント、コイル) (有・無) ◆外科・整形外科的術後金属 (有・無) ◆磁気インプラント・可動式義眼 (有・無) ◆シャントバルブ (有・無 ※「有」は検査後の確認調整のため脳神経外科の受診をお願いします)	有りの場合、MRI検査可能である事の確認をお願いします 確認済 ☐
	◆刺青やアートメイク (有・無) ※変色や火傷の可能性がありますので、患者様の同意を得て下さい ◆閉所恐怖症 (有・無) ※「有」で内服薬が必要な際は貴院での処方をお願いします ◆妊娠 (有・無) ※妊娠16週以降の検査が推奨されています ◆血糖値測定器 (有・無) ※「有」の場合は装着期間を考慮した予約をお願いします		

◆撮影画像 【 CD-R ・ フィルム ・ 不要 】※CD-R・フィルムは、検査終了後、患者様にお渡しします。

◆結果説明 【 申込施設 ・ 伊万里有田共立病院 】 ※「申込施設」の場合は、読影結果を送信します。