

# MRI検査依頼書(診療情報提供書)

フリガナ		男・女
氏名	様	当院受診歴 有・無
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日( )歳	
ご住所		
お電話	( ) —	自宅・携帯

予約日時(予約時間の30分前までにご来院下さい。)
平成 年 月 日 ( )
午前・午後 時 分
依頼元医療機関名/診療科名/担当医

保健者番号		
記号・番号		
公費負担者番号		
公費受給者番号		
本人・家族	負担率	割

臨床診断・主要症状
検査目的・ご希望など

造影 不要・必要(ダイナミック撮影はお受けできません。)

造影必要の場合、以下のご質問にお答えください。

・腎障害 有・無 ・体重( ) kg

・クレアチニン( mg/dl、平成 年 月 日データ)

・気管支ぜんそく、アトピー性皮膚炎、薬物・食物アレルギーを指摘されたことがありますか? はい・いいえ

・MRI造影検査を受けたことがある? はい・いいえ

・「はい」の場合、発疹・かゆみ・吐き気・呼吸困難・血圧低下などの副作用は出ましたか? はい・いいえ

確認事項	
・心臓ペースメーカー、除細動器	有・無
・心臓人工弁、人工内耳	有・無
・人工関節、人工骨頭	有・無
・脳動脈瘤クリップ、ステント	有・無
・整形外科プレート・ボルト	有・無
・義眼・義歯	有・無
・刺青・アートメイク	有・無
・その他 ( )	

検査所見 必要・不要

検査部位(検査部位を○で囲んでください。1回の検査につき1部位のご依頼とさせていただきます。)

1. 脳(脳ルーチン+MRA、その他)	7. 胆管・膵管MRCP
2. 頸部MRA	8. 腎・副腎
3. 頸部(咽頭・喉頭、甲状腺)	9. 前立腺・膀胱
4. 脊椎(頸椎、胸椎、腰仙椎)	10. 子宮・卵巣
5. 胸部・縦隔	11. 関節( )
6. 肝臓、膵臓、脾臓	12. 血管MRA( )



脳神経外科・神経内科・リハビリテーション科  
**奥野クリニック**  
 大和高田市日之出東本町20-18

TEL: 0745-43-9700  
 FAX: 0745-43-9701

ご不明の点がございましたらお問い合わせください。