

診療情報提供書 兼 MRI検査依頼書

福岡歯科大医科歯科総合病院 放射線診断科

担当 先生御侍史

依頼元医療機関名

依頼医師名

電話番号

(メール)

フリガナ :	生年月日: 年 月 日
患者氏名 :	性別 (男 ・ 女)
様	血清クレアチニン mg/dl (単純MRIでは記載不要)

*透析中やeGFR30以下の方は造影検査ができません

傷病名	
紹介目的	
アレルギー/喘息 (あり なし)	ペースメーカー/植え込み型除細動器 (あり なし)
体内金属/電子機器/人口内耳 (あり なし) (製品名:)	妊娠/授乳中 (あり なし)
タトゥー/入れ墨/マスカラ (あり なし)	義手・義足・義眼 (あり なし)
現在の処方及び備考	

予約日時	年 月 日 (曜日)	午前 ・ 午後	時 分
------	-------------	---------	-----

MRI検査	☐ 単純のみ
	☐ 単純 + 造影

頭部顔面	☐ 脳	☐ 脳 + 頭部MRA	☐ 脳 + 頭頸部MRA	☐ 脳 + 頭部MRA+MRV
	☐ 内耳/内耳道	☐ 副鼻腔	☐ 眼窩	☐ 頭頸部/唾液腺
口腔頸部	☐ 口腔内	☐ 口腔～頸部	☐ 顎関節	☐ 頸部MRA
胸部	☐ 乳腺	☐ 縦隔	☐ 胸部	☐ 胸部MRA
腹部	☐ MRCP	☐ MRCP+肝	☐ MRCP+膵	
	☐ 肝	☐ 膵	☐ 腎	☐ 副腎 ☐ 上腹部
	☐ 腹部MRA	☐ 腹部～下肢MRA		
骨盤部	☐ 子宮	☐ 卵巣	☐ 膀胱・前立腺	☐ 骨盤部
四肢 (みぎ・ひだり)	☐ 肩関節	☐ 肘関節	☐ 手関節	☐ 手指
	☐ 股関節	☐ 膝関節	☐ 足関節	☐ 足趾
脊椎	☐ 頸椎	☐ 頸椎～胸椎	☐ 胸椎	☐ 胸椎～腰椎 ☐ 腰椎 ☐ 仙椎

* あらかじめお電話にて検査枠をご予約させていただきます

092-801-0411 (代表) 放射線診断科受付まで

*画像データはビューワーソフト付DICOMデータにてお渡しいたします

2021年5月更新