MRI検査 紹介状(診療情報提供書)

〈患者番号〉　　年　月　日

〈氏名〉

〈生年月日〉　〈性別〉

T·S·H·R　年　月　日　男 · 女

患者様電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

紹介元
病院名
所在地
氏　名
電　話　　FAX

下記①～⑥のご記載をお願いいたします。　　紹介元病院控用

①検査予約日時 ※予約時間の30分前にお越しください。	月　日(　)　時　分	再診日 (結果必要日)	月　日

②検査種別　□単純のみ　□単純＋造影

造影検査の場合、必ずご記載ください。
※気管支喘息　□無し　□有り　有りの場合、造影検査はお受けいただけません(咳喘息は除きます)。

※腎機能測定　未実施の場合、当院にて測定させていただきます。
□3ヶ月以内に実施(　年　月　日)　□未実施
クレアチニン(　)mg/dl　または　eGFR(　)ml/min/1.73㎡

実施基準(eGFR30以上)を満たさない場合
□検査中止
□単純のみで実施

③検査部位　複数部位を希望の場合は、すべてチェックしてください。

□頭部	□頭部MRA	□下垂体	□内耳・中耳	□眼窩・副鼻腔	□顎関節	
□頸部	□頸部MRA	□上腹部	□MRCP	□縦隔	□背部	
□頚椎	□胸椎	□下位胸椎～腰椎		□腰椎	□仙椎	
□乳腺	□股関節	□膀胱	□前立腺	□子宮	□卵巣	□骨盤腔
(右・左)	□肩関節	□上腕	□肘関節	□前腕	□手関節	□手部
	□大腿	□膝関節	□下腿	□足関節	□足部	

□その他部位 または 撮影指示 (　)

④-1　主訴または傷病名

④-2　検査目的

⑤既往、手術歴、現在の処方、その他事項

⑥検査の注意事項
※体内金属、留置物
□無し　□有り
(有りの場合、いつ・どこで・何を・製品情報・MRI対応可かどうか等ご記載ください。)

留置物がMRI対応か不明な場合、検査当日までに患者様ご自身で詳細を調べていただくようお願いいたします。
下記のものはMRI禁忌であるため、検査をお受けいただけません。患者様と一緒に必ずご確認ください。
心臓ペースメーカー/リード、埋め込み型除細動器、各刺激装置、磁石式人工肛門、
電気・磁気的に動作する埋め込み物、ティッシュエキスパンダー、詳細不明な金属

腹部の検査及び造影検査の場合は絶食が必要となります。
検査時に患者様に対する緊急処置が必要な場合は、東名古屋画像診断クリニックの対応に一任します。

医療法人名古屋放射線診断財団
東名古屋画像診断クリニック
〒466-0815 名古屋市昭和区山手通2丁目7-7
0120-69-1714
TEL　052-746-0764
FAX　052-746-0860

2026.9